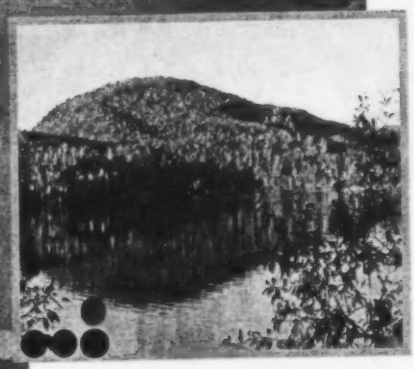
Vision stratégique des ressources informationnelles

Version finale
Novembre 2004

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

105-07599/



Vision stratégique des ressources informationnelles

Version finale
Novembre 2004

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

Des exemplaires du présent document sont disponibles auprès du :

Centre de documentation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, Bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Téléphone: (450) 436-8622, poste 1205
Télécopieur: (450) 569-6304

Cette publication est également disponible en version intégrale sur le site web de l'Agence à l'adresse suivante:

www.rrsss15.gouv.qc.ca

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux, à condition que la source soit mentionnée.
Pour tous les autres, les droits de reproduction sont réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ni utilisée sous quelque forme que ce soit et par aucun procédé, électronique ou mécanique, y compris la photocopie et les microfilms, sans accord écrit de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Laurentides

La forme masculine non marquée utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

ISBN : 2-89547-086-3

Dépôt légal : 4e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

« Une vision doit nous toucher le cœur, nous enflammer l'âme, nous enrichir l'esprit et nous garder les pieds sur terre en pleine turbulence. »

Coup d'œil sur l'avenir de la santé, des soins de la santé et de la médecine
Association médicale canadienne – 2001

Table des matières

1. INTRODUCTION 11
2. MISE EN CONTEXTE 13
2.1 Contexte canadien en matière de santé et de services sociaux 13
2.2 Contexte provincial en matière de santé et de services sociaux 14
2.3 Contexte régional en matière de santé et de services sociaux 21
3. CIBLES STRATÉGIQUES 27
4. CLIENTS CIBLES À DESSERVIR 39
4.1 Grand public – Citoyen 39
4.2 Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux 39
4.3 Instances locales et établissements régionaux 40
4.4 Prestateurs de soins et de services – Organismes et intervenants 40
5. ARCHITECTURE D'ENSEMBLE 41
5.1 Description d'ensemble 41
5.2 Définition des niveaux et grandes composantes 43
5.3 Critères de mise en commun et de répartition de l'architecture 50
6. ÉLABORATION DU PLAN RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES 53
6.1 Principaux objectifs 53
6.2 Principaux aspects critiques et enjeux 53
6.3 Principales étapes de travail 54
6.4 Estimation globale des efforts et des coûts 56
6.5 Calendrier des principaux travaux requis 56
6.6 Principales hypothèses de travail et d'estimation globale 56
ANNEXE A – VUE D'ENSEMBLE DES APPLICATIONS UTILISÉES DANS LA RÉGION 59
ANNEXE B – SOMMAIRE DES DONNÉES FINANCIÈRES 1998 – 2003 65
ANNEXE C – ORGANISATION DE L'ÉTUDE ET REMERCIEMENTS 69

1. Introduction

Dans le cadre de la vision et des priorités d'action du Gouvernement du Québec[1], le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) élabore présentement un plan provincial d'informatisation du réseau[2] de façon à rendre l'information sur la santé des personnes disponible aux intervenants du milieu, pour améliorer l'organisation des services et des soins aux plans clinique et administratif. Pour le ministre, l'informatisation du réseau constitue un des secteurs clés d'amélioration du système de santé et des services sociaux et en fait un point à l'ordre du jour dans son plan d'action.

L'élaboration d'un plan provincial d'informatisation s'inscrit dans un contexte où le gouvernement du Québec réalise présentement des initiatives majeures dont les objectifs sont de rendre le système québécois de santé et de services sociaux plus efficace et plus performant, soit notamment la création de réseaux locaux de services, l'assouplissement de l'organisation du travail, la mise en place de réseaux universitaires intégrés de santé et la création de groupes de médecine familiale. Ces initiatives majeures font aussi appel à une plus grande mise en réseau qui va au-delà des frontières organisationnelles de façon à recentrer le système de santé et des services sociaux sur la personne plutôt que sur les structures.[1]

Le plan provincial d'informatisation considère les travaux réalisés par le Secrétariat du Conseil du trésor pour améliorer l'exploitation des technologies de l'information dans une perspective de gouvernement en ligne, ainsi que les travaux importants que réalisent les autres provinces et le gouvernement fédéral en matière de systèmes d'information appliqués au domaine de la santé.[2]

Le plan provincial d'informatisation considère aussi le rapport 2001-2002 du Vérificateur général du Québec qui mentionnait certaines lacunes, tant provinciales que régionales, en matière de ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au niveau régional, on retrouvait notamment des plans d'affaires incomplets et un manque de leviers pour mobiliser les partenaires. Compte tenu de ces observations, le plan provincial d'informatisation met en évidence le besoin d'une vision d'ensemble de la gestion des ressources informationnelles dans laquelle les contributions des différents acteurs doivent être connues et positionnées.[2]

Le MSSS réalise présentement une démarche d'information et d'échange avec chacune des régions; étape préalable à l'implantation du plan provincial d'informatisation. L'objectif de ces rencontres est de partager la vision que le MSSS a dressé du développement et de l'implantation des technologies de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux, de recueillir les opinions qui permettraient de bonifier le plan d'informatisation, et de prévoir l'intégration des contributions des acteurs concernés.[2]

Par son plan provincial d'informatisation, le MSSS veut mettre un frein au développement anarchique des technologies de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux et veut s'entendre avec tous les acteurs sur des paramètres communs pour créer une offre de services où tout le monde trouvera un meilleur compte. Dans cette optique, le MSSS assurera les grandes orientations de l'informatisation et du développement des technologies de l'information pour le réseau.[2]

Pour les fins de la gestion des ressources informationnelles, dans le cadre de la réalisation du plan provincial d'informatisation, le MSSS indique que l'Agence de développement doit agir comme le pilote responsable de préparer les projets d'amélioration de services et les plans de services annuels et pluriannuels (processus de services, ressources humaines, immobilisations, équipements, ressources informationnelles). En conséquence, l'Agence doit :[2]

- Définir le plan régional d'informatisation;
- Gérer les projets régionaux de déploiement des nouveaux services et l'évolution des services actuels;

---

1 Référence : *Briller parmi les meilleurs – La vision et les priorités d'action du gouvernement* – Gouvernement du Québec – 2004 – http://www.premier.gouv.qc.ca/publications/briller_nb.pdf

2 Référence : *Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux – Présentation générale* - ministère de la Santé et des Services sociaux – mars 2003

- Utiliser les ressources informationnelles rendues disponibles par le MSSS, les partenariats publics-privés et les fournisseurs de services agréés;
- Assurer la gestion opérationnelle des services mis en commun au niveau régional;
- Rendre compte au MSSS des résultats obtenus suite aux projets de développement de services et des plans de services approuvés.

Compte tenu du contexte actuel et du plan provincial d'informatisation, l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides se situe maintenant à la croisée des chemins. Elle doit décider, maintenant, si elle veut devenir un acteur régional important en matière de ressources informationnelles de façon à créer une dynamique régionale favorisant la mise en place d'un réseau qui va au-delà des frontières organisationnelles, et contribuer ainsi à recentrer le système de santé et de services sociaux sur la personne plutôt que sur les structures.[1]

Elle doit décider comment elle veut contribuer au plan provincial d'informatisation et se positionner par rapport à celui-ci. Elle doit déterminer le type de gouverne qu'elle veut donner en matière de ressources informationnelles dans la région de façon à s'en servir comme leviers importants de changement pour améliorer l'efficacité et la performance du réseau.[2]

Le présent document se veut une première réflexion, au niveau de l'Agence, relativement à la vision stratégique des ressources informationnelles, et ce, afin de faciliter son positionnement à l'intérieur du plan provincial d'informatisation et éventuellement, cadrer les travaux d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles. Cependant, cette première réflexion reste à être partagée tant au niveau de l'Agence, qu'au niveau des partenaires de la région; elle se veut donc aussi un outil pour permettre à l'Agence de déterminer si elle veut jouer un rôle régional clé dans l'informatisation du réseau.

Le document présente dans un premier temps, les principaux éléments de contexte sur lesquels s'appuie la vision stratégique des ressources informationnelles. Par la suite, les cibles stratégiques sont énoncées et expliquées, les clientèles cibles sont identifiées et l'architecture d'ensemble des ressources informationnelles est présentée; les principaux enjeux sont mis en contexte au niveau de la description des grandes composantes de l'architecture d'ensemble et les critères de mise en commun et de distribution sont abordés. Finalement, un aperçu des prochains travaux à réaliser pour l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles est aussi présenté.

2. Mise en contexte

Le réseau de la santé et des services sociaux étant en pleine restructuration, la vision stratégique des ressources informationnelles doit considérer de nombreux éléments de contexte, tant au niveau canadien, provincial et régional, afin d'assurer l'alignement des cibles stratégiques avec les exigences du milieu de la santé et des services sociaux; cibles stratégiques sur lesquelles s'appuiera l'architecture d'ensemble des ressources informationnelles.

2.1 Contexte canadien en matière de santé et de services sociaux

Inforoute Santé du Canada

Inforoute Santé du Canada a été créée en réponse aux besoins énoncés par les premiers ministres provinciaux lorsqu'ils ont convenu de collaborer à renforcer une infostructure pancanadienne de la santé pour contribuer à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé, ainsi que leur prestation en temps opportun.[3]

Cette société a donc pour mandat d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé au Canada, de normes et de technologies de communication compatibles, afin de procurer des bénéfices tangibles en matière de santé. Sa vision est d'établir un système de soins de santé canadien efficace, permanent et de grande qualité, appuyé par une infostructure pancanadienne qui fournira aux résidents du Canada, ainsi qu'à leurs prestateurs de soins, un accès rapide, opportun et sécuritaire aux renseignements voulus, quel que soit le moment ou l'endroit où ils sont pris en charge par le système. Toutefois, le respect de la confidentialité des renseignements personnels est essentiel.[3]

Dans le cadre de l'informatisation du réseau, le gouvernement du Québec a conclu, en janvier 2004, une entente relative à la participation du Québec à Inforoute Santé du Canada. La collaboration établie entre le Québec et Inforoute Santé du Canada sera effectuée dans le respect des compétences québécoises, c'est-à-dire que c'est le Québec qui déterminera le rythme et les modalités de déploiement de l'infostructure de santé sur son territoire, en fonction de ses orientations, de ses priorités et de sa capacité financière.[1]

Le plan d'affaires 2003-04 d'Inforoute Santé du Canada prévoit la mise en place des composantes de base de solutions interopérables en matière de dossier de santé électronique (DSÉ) dans la moitié du pays au cours des six prochaines années. Le plan d'affaires se concentre sur six priorités stratégiques ou programmes d'investissement, soit :[4]

- Infostructure : développement d'une architecture et de normes communes qui sont essentielles pour assurer l'interopérabilité des systèmes et la réutilisation des composantes;
- Répertoire de patients, des prestateurs et des établissements : moyens électroniques pour identifier les patients et les prestateurs de services, pour permettre une identification sécurisée et fiable;
- Systèmes d'information sur les médicaments : permettre aux médecins de transmettre électroniquement des ordonnances aux pharmacies, visualiser les commandes en ligne et confirmer électroniquement une ordonnance, et ce, dans le but notamment de réduire les interactions médicamenteuses;
- Systèmes d'imagerie diagnostique : permettre aux spécialistes et médecins de visualiser les images des tests et les rapports des patients en ligne;
- Systèmes d'information de laboratoire : permettre aux spécialistes et aux médecins de visualiser les résultats et les rapports de laboratoire en ligne;

[3] Référence : Inforoute Santé Canada – Site Web http://www.infoway-inforoute.ca/aboutinfoway/index.php?lang=fr
[4] Référence : *Prendre son essor – Plan d'affaires 2003-04* - Inforoute Santé du Canada – http://www.canadahealthinfoway.ca/pdf/2003_ISC_PlanAffaires.pdf

- Télésanté : permettre les prestations à distance de services d'expertise en matière d'information sur la santé, ainsi que la prestation et l'accès soutenu aux soins en milieu éloigné.

Budget fédéral 2004 et importance de la santé [5] [6] [7] [8]

Dans le cadre de son budget 2004, le gouvernement canadien réaffirme son engagement de collaborer avec les provinces en vue d'apporter les réformes requises au système canadien de soins de santé et d'en assurer la viabilité. Les principaux engagements du gouvernement canadien concernent notamment :

- La mise sur pied d'une nouvelle agence de la santé publique du Canada qui se concentrera sur la gestion des maladies infectieuses, la préparation aux interventions d'urgence et les maladies chroniques. L'agence relèvera du ministre de la Santé et sera reliée au réseau mondial d'organismes responsables de la santé publique.

  Les ressources gérées par la nouvelle agence permettront d'accroître la capacité d'intervention en cas d'urgence, l'amélioration de la surveillance en établissant et en appliquant des normes de collecte de données, l'établissement de centres d'excellence régionaux, l'accroissement de la capacité des laboratoires et le renforcement de la coordination internationale.
- L'évaluation, l'élaboration et la mise en oeuvre, par Inforoute Santé du Canada, d'un système national de surveillance de la santé publique en temps réel dans le but de faciliter la détection rapide d'épidémies (ex. : SRAS).
- L'accord d'un budget aux provinces et territoires pour appuyer une stratégie nationale d'immunisation.
- Le remplacement du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) par deux nouveaux mécanismes de transferts, soit le transfert canadien en matière de santé et le transfert canadien en matière de programmes sociaux, ainsi que l'amélioration de la reddition de comptes qui sera facilitée par le nouveau Conseil de la santé.

2.2 Contexte provincial en matière de santé et de services sociaux

Rapport du Vérificateur général du Québec 2001-2002 en matière de gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux [9]

La performance du secteur de la santé et des services sociaux dépend en grande partie de la capacité de ses divers acteurs à accéder à des informations et connaissances, ainsi qu'à se les échanger. Dans ce contexte, la prestation de services à la population doit pouvoir reposer sur des ressources informationnelles en nombre et en qualité appropriés.

C'est donc dans cette optique que le Vérificateur général du Québec s'est assuré que la gouvernance des ressources informationnelles, du secteur de la santé et des services sociaux, favorise une utilisation judicieuse et efficiente des informations. Celui-ci a examiné les aspects les plus critiques de la planification des activités, de leur coordination, de la gestion des investissements et des risques; il a aussi apprécié l'information de gestion qui soutient la prise de décision et la reddition de comptes.

---

5 Référence : Site Web – *Le budget de 2004 – Nouvel élan vers la réussite* – http://www.fin.gc.ca/budtocf/2004/budlistf.htm#Discours

6 Référence : *Nouvel élan vers la réussite – Le discours du budget de 2004* – ministère des Finances du Canada – 2004 – http://www.fin.gc.ca/budget04/pdf/speechf.pdf

7 Référence : *Le budget de 2004 – Nouvel élan vers la réussite – Vue d'ensemble* – ministère des Finances du Canada – 23 mars 2004 – http://www.fin.gc.ca/budget04/PDF/paovef.pdf

8 Référence : *Nouvel élan vers la réussite – Le budget de 2004 – L'importance de la santé* - ministère des Finances du Canada – 23 mars 2004 – http://www.fin.gc.ca/budget04/PDF/pahealf.pdf

9 Référence : *Faits saillants – Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002* - chapitre 5 – Vérificateur général du Québec – http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/rapp_2002_2/Faits/index.html

Les travaux de vérification ont été menés auprès du MSSS, de trois régies régionales, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et de la Société de gestion informatique SOGIQUE inc. Ces travaux se sont terminés en septembre 2002.

Le rapport du Vérificateur général du Québec fait état des éléments suivants en matière de gouvernance des ressources informationnelles :

- Des éléments de gouvernance ont été mis en place et d'autres sont progressivement implantés. Toutefois, compte tenu de l'ampleur et du caractère vital des ressources informationnelles, cette gouvernance demeure encore trop peu structurée, ce qui amène diverses situations indésirables.
- La planification est incomplète puisque aucun plan d'affaires en matière de ressources informationnelles n'est disponible. Certaines entités ont pris des mesures en ce sens, mais plusieurs n'ont pas encore mis en place tous les éléments nécessaires pour encadrer la conception et l'utilisation de tels plans.
- La coordination nationale des ressources informationnelles doit être améliorée, notamment en ce qui concerne la supervision assurée par les responsables ministériels, de l'action exercée par les comités de haut niveau et de l'encadrement des ressources informationnelles. Cette coordination doit également être mieux assurée au niveau régional.
- La gestion des investissements se révèle souvent rudimentaire; le choix et le contrôle des investissements ainsi que l'évaluation des résultats laissent à désirer (sauf pour la RAMQ où la situation est plutôt satisfaisante). De plus, aucune norme ou règle du jeu préétablie n'encadre les investissements financés par les établissements ou des tiers.
- L'absence d'une démarche structurée de gestion du changement capable de soutenir l'exécution des plans en matière de ressources informationnelles. Cette démarche permettrait de faire cheminer et d'équiper les personnes touchées par les changements à venir selon une stratégie donnée et un certain rythme. De plus, la gestion des risques associés aux éléments de planification recensés est loin d'être institutionnalisée.
- L'absence d'une information de gestion appropriée à la reddition de comptes et à l'appréciation de la performance.

Avis du Conseil médical du Québec sur la continuité des soins et des services médicaux [10]

En juin 2003, le Conseil médical du Québec émettait un avis sur l'importance de la continuité à travers la prestation des soins et services médicaux pour l'amélioration de l'efficacité sur le plan de la pratique, mais aussi pour en assurer la qualité auprès de la population. En fait, la continuité est une caractéristique du niveau de la qualité d'un système de soins.

Le Conseil médical du Québec indique trois types de continuité devant être pris en considération, soit la continuité relationnelle, la continuité informationnelle et la continuité d'approche thérapeutique; le tableau ci-dessous en résume les différentes caractéristiques.

Continuité relationnelle	Continuité informationnelle	Continuité d'approche
• Relation thérapeutique constante entre un patient et un ou plusieurs intervenants • Fidélisation du client et responsabilisation du ou des intervenants • Acquisition, au fil du temps, d'une connaissance des valeurs et du contexte social du patient	• Disponibilité de l'information (contenu) en temps opportun • Détails de l'état de santé du patient et des soins reçus, regroupés dans une source accessible au moment où des soins doivent être accordés • Disponibilité des informations liées aux événements antérieurs et au plan de soins proposé	• Cohérence du plan de soins lorsque plusieurs professionnels interviennent auprès d'un même patient au cours d'un épisode de soins • S'inscrit dans le cadre d'un plan d'intervention ou d'un plan de service développé et partagé par plusieurs professionnels ou par

[10] Référence : *Avis sur la continuité des soins et services médicaux – La continuité, une base essentielle de la qualité* - Avis 2003-02 – Conseil médical du Québec – 2003 – http://www.cmed.gouv.qc.ca/fr/publications/avis/2003_02_av_fr.pdf

Continuité relationnelle	Continuité informationnelle	Continuité d'approche
• Relation stable patient et trait d'union entre les soins passés, présents et futurs • Augmentation de la capacité d'agir	• Présence de mécanismes efficaces de transfert de l'information entre les différents fournisseurs de soins	plusieurs services • Plan nécessitant une certaine souplesse pour s'adapter aux besoins individuels changeant, mais devant être cohérent pour le patient et reposer sur une stratégie d'intervention partagée, des actions coordonnées et une bonne circulation de l'information

Faisant référence au rapport de la Commission Clair qui soulignait de nombreux points de rupture existant dans le système de santé du Québec, le Conseil médical du Québec mentionne que la situation a peu évolué depuis l'an 2000. Le tableau suivant résume les problématiques liées à chacun des types de continuité.

Continuité relationnelle	Continuité informationnelle	Continuité d'approche
• En raison de problèmes d'accessibilité en première ligne, les soins sont fragmentés entre différents professionnels • Grand nombre de patients qui n'ont pas de médecin de famille et cherchent à obtenir des soins un peu partout • Patients ayant un médecin de famille, mais dont la disponibilité est limitée et ne pouvant pas offrir des soins de courte durée à brève échéance • Patients qui doivent voir plusieurs médecins de première ligne pour obtenir des soins complets en raison de la tendance de certains médecins à restreindre l'étendue de leur pratique • Manque de médecins de première ligne ayant vraiment un profil de médecine familiale au Québec • Période d'attente de deux semaines pour un rendez-vous dans certaines cliniques médicales • Dispersion des services de première ligne favorisée par une rémunération à l'acte et qui n'assure pas la prise en charge des patients • Impact de la qualité du contact entre le médecin et son patient sur la valeur des renseignements recueillis et la fidélité aux traitements	• Dispersion de l'information médicale dans divers dossiers rendant pratiquement impossible l'intégration des informations sur un patient et rendant difficile la coordination des soins pour un médecin • Patient qui consulte plusieurs médecins en « *sans rendez-vous* » amenant un type de pratique où le médecin traitera ponctuellement un patient sans connaître le résultat des investigations, recommandations ou traitements qui ont déjà été prescrits (gaspillage de ressources, non efficace, risque d'être dangereux) • Difficulté d'accès aux médecins spécialistes par le médecin de famille • Mauvaise coordination du suivi des traitements découlant du manque d'information et de communication entre les praticiens et les organisations cliniques • Carences de rétroactions (« *feedback* ») des spécialistes aux médecins traitants (omission, pas données en temps opportun, ambiguës) • Médecins n'utilisant pas le plein potentiel offert par la technologie • Médecins ambivalents quant au partage de l'information (3/10 s'opposent) • Développement anachronique d'outils, parsemé d'échecs et fort lent – retard sur l'informatisation du réseau d'établissements et de cliniques privées • Dispositions légales et réglementaires restreignant la transmission de données • Loi sur les services de santé et les	• Patient pouvant rencontrer et vivre plusieurs difficultés par rapport à la continuité et à la cohérence des soins reçus • Dispersion sur le plan des approches et difficultés de diffusion et de circulation des connaissances scientifiques issues des meilleures données probantes pour dépister et traiter les personnes malades (ex. : santé mentale) • Autonomie du médecin (valeur médicale) pouvant avoir un effet pervers comme la pratique en silo, la non-participation aux formations continues ou certaines guerres de clochers entre écoles de pensée • Peu encadré et peu stimulé par ses paires, le médecin isolé risque d'utiliser des approches cliniques s'éloignant des consensus de « *bonne pratique médicale* » suggérés par la recherche, les experts et l'adoption par les collègues • Mode de rémunération à l'acte qui n'incite pas à investir du temps dans les activités professionnelles de planification et de coordination cruciales ou qui peut inciter les spécialistes à continuer de suivre les patients longtemps après la stabilisation de leur état ou d'offrir des services de première ligne relevant de leur domaine • Fragmentation des soins et création d'une rareté de l'expertise spécialisée • Manque de coordination du transfert des soins entre les hôpitaux et les CLSC ou les cabinets de médecins

Continuité relationnelle	Continuité informationnelle	Continuité d'approche
	services sociaux écrite en se référant à un contexte de travail en silo	cabinets de médecins • Manque de collaboration entre les CLSC et les cliniques privées • Rôles respectifs du médecin et du gestionnaire de cas des réseaux de soins intégrés, pas définis clairement

Le Conseil médical du Québec complète en faisant des recommandations portant sur :

- La hiérarchisation des services médicaux de façon à permettre aux médecins de famille d'exercer plus à fond leur fonction de coordonnateur de soins pour leurs patients;
- L'évaluation des nouveaux modèles de pratiques visant une meilleure continuité des soins et la diffusion élargie des résultats;
- L'implantation de groupes de médecine familiale (GMF);
- L'inscription formelle des patients auprès de leur médecin de famille et la rémunération des médecins en fonction notamment de cette responsabilité;
- Le développement de moyens pour améliorer la rétroaction des médecins consultés aux médecins de famille;
- L'élaboration et le suivi d'un plan commun d'intervention;
- L'adhésion à des protocoles et suivis systématiques, ainsi que la transmission de façon organisée des recommandations de façon à se coordonner entre professionnels de la santé;
- La prudence quant à la création de réseaux intégrés afin de ne pas créer d'autres silos et, par le fait même, éviter de favoriser une segmentation accrue de la pratique des médecins généralistes;
- La révision de l'état de la législation afin de l'adapter au travail en réseau;
- L'instauration, d'ici cinq ans, à l'échelle du système de santé québécois, du dossier électronique unique et partageable;
- L'intensification et l'accélération de l'informatisation reliée directement à la prestation des soins pour tous les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que le financement adéquat des infrastructures requises par ce déploiement;
- Le maintien et le développement des connaissances des médecins, ainsi que l'encadrement clinique;
- L'acquisition, par les étudiants en facultés de médecine, de connaissances et d'habiletés requises pour travailler en réseau et en interdisciplinarité, ainsi que pour maîtriser les outils technologiques;

Finalement, le Conseil médical du Québec demande de rendre plus explicites :

- L'identification d'un médecin de famille responsable de la coordination de base des soins médicaux;
- La définition claire des rôles attribués aux médecins et aux autres intervenants professionnels lors d'un épisode de soins;
- Les mécanismes standardisés de cueillette et de partage de l'information sur les soins donnés aux patients par les différents professionnels;
- Les mécanismes de concertation entre les professionnels;
- Les mécanismes conviviaux de transmission de l'information sur la condition du patient de façon à faciliter la continuité entre les lieux où les patients reçoivent les services médicaux complémentaires.

Plan provincial d'informatisation du MSSS [2] [11]

Le MSSS complète présentement ses travaux liés à l'élaboration d'un plan provincial d'informatisation, et ce, de façon à intégrer les contributions de tous les acteurs du système de santé et de services sociaux.

[11] Référence : *L'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux* - Présentation au CCC-RI – 11 février 2004

Le plan d'informatisation prend en considération les tendances suivantes :

- Le gouvernement en ligne appuyé par un modèle d'architecture d'entreprise gouvernementale résultant de travaux réalisés par le Secrétariat du Conseil du trésor.
- La prestation électronique de services dont le modèle comporte notamment les éléments-clés suivants :
  - une prestation basée sur les besoins de la clientèle (ex. : événements, étapes de vie);
  - une relation électronique « citoyen-État » par l'entremise d'un portail (accueil général ou privé);
  - le regroupement des produits et services;
  - des espaces sécurisés pour effectuer les transactions.
- Les tendances futures émises par *Gartner Group*, soit notamment l'accès en temps réel aux informations cliniques pertinentes comme norme d'ici quelques années, ainsi que l'implantation d'un dossier patient électronique pour améliorer la pratique clinique en réduisant les délais.
- Un changement de paradigme qui se traduira par la prise en charge accrue de responsabilités par les utilisateurs des services de santé qui désireront avoir accès à de plus nombreuses sources d'information.
- Les applications de télésanté pour aider à solutionner les problématiques d'accessibilité aux services spécialisés. Le développement des activités de télésuivi permettra à la clientèle de transmettre elle-même, de façon conviviale et transparente, des données biométriques nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic ou le suivi à distance d'un plan de soins.
- Une normalisation accrue, par l'adoption de normes et de standards, est fondamentale pour la cohérence, ainsi que l'interopérabilité et l'intégration des systèmes.
- Le regroupement des infrastructures et des services technologiques comme stratégie de gestion de l'offre adaptée à l'évolution rapide des technologies.

Le plan d'informatisation prend en considération les attentes du milieu suivantes :

- Un dossier de santé électronique de façon à avoir accès rapidement à des informations bien organisées et complètes.
- Des informations de gestion disponibles et provenant des systèmes d'information qui soutiennent les opérations de prestation de services.
- Des systèmes qui soutiennent l'organisation et la prestation de services, notamment des systèmes d'information:
  - établis dans une perspective d'intégration et de partage pour combler les besoins cliniques autant que les besoins de planification et d'évaluation;
  - souples pour permettre et supporter l'évolution des pratiques professionnelles et des modes de prestation de services.
- Des systèmes qui prennent en considération certaines priorités, soit notamment :
  - l'accès et le partage des renseignements de santé (ex. : dossier du patient, requêtes et résultats d'examens diagnostiques);
  - une meilleure intégration de l'information entre les médecins et pharmaciens;
  - des aviseurs diagnostiques et thérapeutiques;
  - des applications de télémédecine;
  - des systèmes d'information de la performance clinique;
  - des outils cliniques informatisés complémentaires;
  - le soutien à la formation continue;
  - des bases de données normalisées.

Le plan d'informatisation souligne l'importance de consentir davantage de ressources au développement des technologies de l'information dans les secteurs cliniques et médico-administratifs. Les opportunités à considérer sont notamment les suivantes :

- L'expertise développée au plan gouvernemental (travaux d'architecture en cours, normes de sécurité émises, documents sur la protection des renseignements personnels);
- Les travaux de normalisation de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- L'apport financier d'Inforoute Santé du Canada.

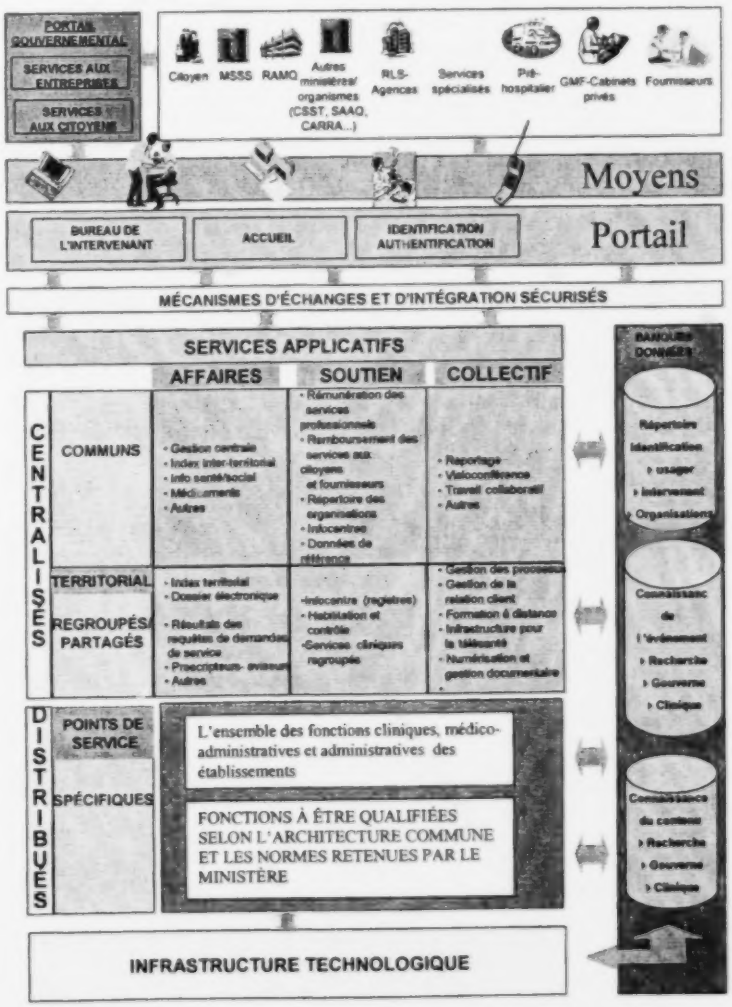
Le plan d'informatisation privilégie certaines orientations, soit notamment :

- L'échange et l'intégration des données qui doivent être renforcés par la mise en place des réseaux locaux de services (complémentarité des services) – par le fait même, le plan d'intervention et le processus diagnostic devront être globaux et surpasser la fragmentation selon les champs d'intervention.
- La normalisation préalable pour soutenir l'interopérabilité (respect de normes et meilleures pratiques).
- Les investissements en ressources informationnelles (à l'exception de ceux liés aux infrastructures communes) doivent faire l'objet de décisions d'affaires et devront être prévus à l'intérieur de nouveaux projets de services ou de plans annuels de services présentés par les Agences et les instances locales.
- Les regroupements d'expertises à tous les niveaux.
- Le partenariat public-privé.

Au niveau du plan provincial d'informatisation, l'action du MSSS se déploiera selon quatre grands axes, soit :

- La cohérence par une architecture d'ensemble (présentée au diagramme ci-contre[11]);
- Des efforts décuplés par la mise en place des services communs;
- La simplification des implantations par une certification préalable des solutions;
- La facilitation de l'informatisation par un accompagnement ministériel et régional.

Pour gérer le plan provincial d'informatisation, le MSSS mettra en place le Conseil de gouvernance pour la coordination et le soutien stratégique; il sera appuyé par deux structures, soit le Bureau de projets et le service de Gestion des ressources informationnelles.



- L'expertise développée au plan gouvernemental (travaux d'architecture en cours, normes de sécurité émises, documents sur la protection des renseignements personnels);
- Les travaux de normalisation de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- L'apport financier d'Inforoute Santé du Canada.

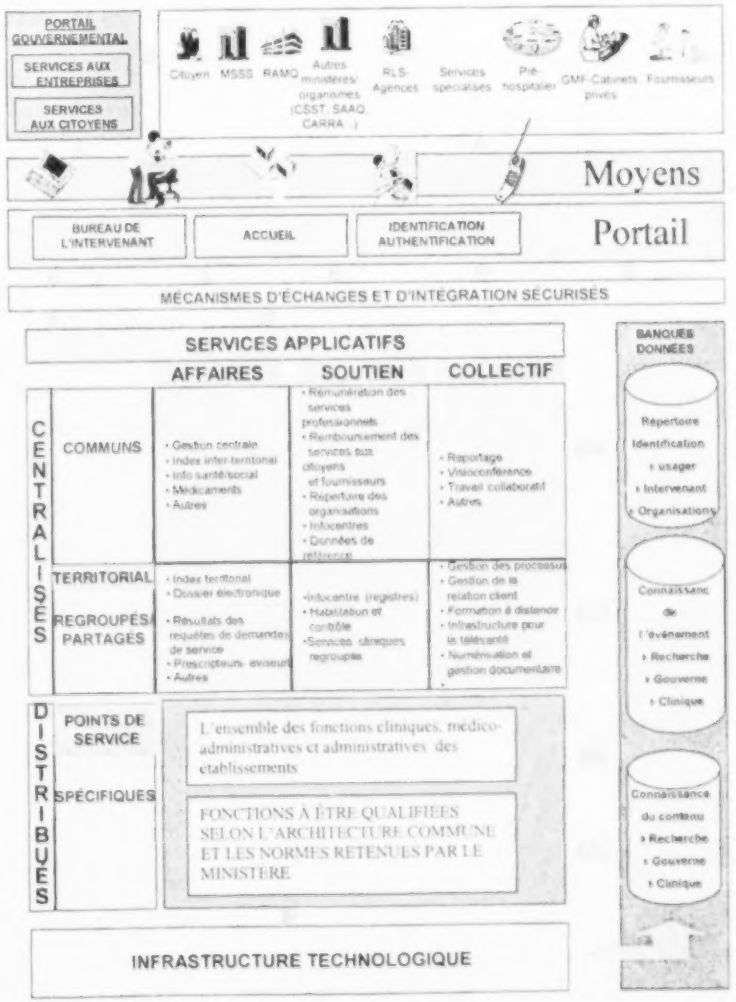
Le plan d'informatisation privilégie certaines orientations, soit notamment :

- L'échange et l'intégration des données qui doivent être renforcés par la mise en place des réseaux locaux de services (complémentarité des services) – par le fait même, le plan d'intervention et le processus diagnostic devront être globaux et surpasser la fragmentation selon les champs d'intervention.
- La normalisation préalable pour soutenir l'interopérabilité (respect de normes et meilleures pratiques).
- Les investissements en ressources informationnelles (à l'exception de ceux liés aux infrastructures communes) doivent faire l'objet de décisions d'affaires et devront être prévus à l'intérieur de nouveaux projets de services ou de plans annuels de services présentés par les Agences et les instances locales.
- Les regroupements d'expertises à tous les niveaux.
- Le partenariat public-privé.

Au niveau du plan provincial d'informatisation, l'action du MSSS se déploiera selon quatre grands axes, soit :

- La cohérence par une architecture d'ensemble (présentée au diagramme ci-contre[11]);
- Des efforts décuplés par la mise en place des services communs;
- La simplification des implantations par une certification préalable des solutions;
- La facilitation de l'informatisation par un accompagnement ministériel et régional.

Pour gérer le plan provincial d'informatisation, le MSSS mettra en place le Conseil de gouvernance pour la coordination et le soutien stratégique; il sera appuyé par deux structures, soit le Bureau de projets et le service de Gestion des ressources informationnelles.



Mise en place des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [12]

En décembre 2003, le Gouvernement du Québec sanctionnait le projet de loi 25 visant, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. Ce projet de loi crée par le fait même les « agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » pour succéder aux régies régionales de la santé et des services sociaux.

Chacune des agences ainsi créées a pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés selon un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. Chacun des réseaux locaux de services doit comprendre une instance locale regroupant des établissements offrant les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier (CH). De plus, chacun d'eux doit aussi comprendre les activités et les services de médecins, de pharmaciens, d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées.

Budget provincial 2004-2005 et la santé comme première priorité [13] [14]

Dans le cadre de son budget 2004-2005, le gouvernement québécois se donne comme première priorité un Québec en santé, ainsi que des services accessibles et de qualité. Le ministre des Finances a rappelé qu'à plus long terme « *le vieillissement de la population va entraîner une demande accrue de services de santé* » et que ce défi nécessite d'agir aussi sur l'organisation du système de santé afin que celui-ci soit plus efficace, plus performant et mieux centré sur les besoins des malades et des patients.

En matière de santé, le budget 2004-2005 vise aussi certaines priorités, soit :

- Traiter dans les meilleurs délais les personnes ayant besoin d'une intervention chirurgicale;
- Mieux soutenir les équipes de lutte contre le cancer;
- Désengorger les urgences;
- Améliorer les services de première ligne;
- Donner de meilleurs services aux jeunes en difficulté, aux femmes victimes de violence et aux personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle.

Programme d'action gouvernemental – Orientation et priorités d'action en matière de santé [1]

En matière de santé, et au cours de son mandat, le gouvernement provincial engagera ses efforts dans les six directions résumées au tableau ci-dessous.

Directions	Actions
Réduction de l'attente et le désengorgement des urgences	• Développement des centres à haut débit de chirurgies de la cataracte • Mise en place de programmes de suivi systématique des clientèles avant, pendant et après leur hospitalisation • Consolidation des données et amélioration de la gestion des blocs opératoires • Soutien spécifique pour réduire le désengorgement des urgences • Disparition des séjours de plus de 48 heures dans les urgences (indicateurs de mesure) • Révision de certaines façons de faire et meilleure collaboration entre les établissements de santé

[12] Référence : *Projet de loi no 25 – Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* - Éditeur officiel du Québec – 2003 – http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature1/Projets-loi/Publics/03-f025.pdf

[13] Référence : Communiqué de presse No2 – *Discours sur le budget 2004-2005 - Priorité à la santé et à l'éducation* – http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/fr/compres02.asp

[14] Référence : *Budget 2004-2005 – Points saillants du Discours sur le budget prononcé à l'Assemblée nationale par monsieur Yves Séguin, ministre des Finances, le 30 mars 2004* – Gouvernement du Québec – 2004 – http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/fr/pdf/PointsSaillants.pdf

Directions	Actions
Soutien aux personnes malades et vulnérables	▪ Amélioration des services de soutien et de la qualité de vie des aînés en perte d'autonomie ▪ Amélioration des services de prise en charge et de soutien en santé mentale ▪ Adaptation des soins de santé et de services sociaux à la réalité culturelle et géographique des différentes communautés autochtones et populations nordiques ▪ Développement de services pour les personnes souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement ▪ Développement/amélioration des services pour les personnes dysphasiques, les jeunes en difficulté et les femmes victimes de violence ▪ Soutien aux organismes communautaires
Réorganisation afin d'améliorer l'efficacité	▪ Mise en place des agences de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux et le remplacement des régies régionales ▪ Mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ▪ Mise en place de 4 réseaux universitaires intégrés de santé ▪ Amélioration, simplification et assouplissement de l'organisation du travail (rôle accru de l'infirmière (« pratiques avancées » dans des spécialités), réduction du nombre d'unités d'accréditation syndicale) ▪ Accroissement des effectifs médicaux et infirmiers dans l'ensemble des régions par l'augmentation des admissions en soins infirmiers et du nombre d'étudiants en médecine, ainsi que le soutien au personnel infirmier et médecins étrangers désirant s'installer au Québec ▪ Réorganisation des services en santé mentale et en oncologie ▪ Promotion des droits des personnes handicapées ▪ Maintien de la pérennité du Régime d'assurance médicaments
Accroissement de l'imputabilité et de la transparence	▪ Création d'un poste de Commissaire à la santé et au bien-être ▪ Mise en place d'outils de communication avec les citoyens (ex. : site internet du MSSS)
Prévention et amélioration de la santé publique	▪ Accroissement de la prévention et de l'amélioration de la santé publique en agissant dans divers secteurs ▪ Mise en place d'un programme spécifique de mise en forme pour lutter contre la sédentarité et l'obésité ▪ Mise en œuvre d'une campagne publique de l'activité physique et de ses bienfaits ▪ Implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 ▪ Développement de trois plans quinquennaux visant à développer le sport et le loisir
Allocation des ressources financières selon de nouvelles règles	▪ Mise en place d'un nouveau mode d'allocation des ressources ▪ Harmonisation des autorisations des immobilisations aux priorités établies ▪ Allocation des ressources allouées selon les priorités définies : – accroissement des services de proximité et désengorgement des hôpitaux – protection des clientèles vulnérables – prévention et santé publique – informatisation du réseau ▪ Réflexion de fond sur le financement de la santé

2.3 Contexte régional en matière de santé et de services sociaux

Mise en place des réseaux locaux de services (RLS) [15]

La mise en place des RLS constitue un projet de réorganisation clinique et structurelle pour intégrer les services dans un territoire local. Ce projet implique la révision de structures et l'unification des missions, la

[15] Référence : *La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans les Laurentides – Définition des territoires et désignation des instances locales* – document de travail – adopté par le Conseil d'administration le 18 février 2004

révision de l'organisation des services et l'adaptation de la gestion en conséquence (c.-à-d. décentralisation de la gestion vers les RLS et augmentation de l'imputabilité).

Plus particulièrement, ce projet de réorganisation met l'accent sur le concept de hiérarchisation des services médicaux de façon à permettre au client de voir le bon médecin, au bon endroit et au bon moment. Ce concept requiert notamment de :

- S'assurer d'une meilleure complémentarité des services de première, deuxième et troisième lignes;
- Consolider et renforcir les services de première ligne (curatif et soutien) en investissant dans les services de proximité (« *près des gens* ») de façon à réduire particulièrement les visites à l'urgence de l'hôpital (c.-à-d. « *inverser la pyramide actuelle de l'offre services* »)
- Optimiser l'utilisation des compétences en consolidant et en développant des expertises spécialisées de façon à en assurer le partage;
- Faciliter le cheminement du client entre les services de première, deuxième et troisième lignes par des mécanismes de référence bidirectionnels (ex. : ententes, corridors de services) entre les différents dispensateurs de services.

Un des principaux moyens pour consolider et renforcir les services de première ligne consiste en la réorganisation des services médicaux actuels sous la forme de Groupes de médecine familiale (GMF). Il s'agit de la mise en place de regroupements de médecins de famille provenant de différents milieux (ex. : cabinets privés, CLSC, unités de médecine familiale, centres de santé), travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières.[16] Cette nouvelle organisation favorisera l'accès pour tous à un médecin de famille dont la responsabilité sera aussi d'assurer la coordination et l'intégration des services.

Ce projet constitue aussi une opportunité de se donner une organisation régionale de services qui s'inscrit dans une approche « santé populationnelle » de façon à moduler l'offre de services en fonction des caractéristiques des clientèles inscrites aux GMF, ainsi que d'enrichir les interventions préventives de façon à maintenir en santé.[16]

La gestion axée sur les résultats demeure et sera orientée en fonction de cibles ministérielles précises visant à améliorer la santé et le bien-être de la population de même que l'efficacité des soins. Ces cibles constituent la base de l'exercice annuel de reddition de comptes et concernent autant l'organisation des services dans ses dimensions d'accessibilité, d'intégration et de qualité, que la disponibilité et l'utilisation la plus efficiente possible des ressources humaines, financières et technologiques.[17]

Contexte régional des ressources informationnelles

Le plan provincial d'informatisation du MSSS fait état d'un constat général en matière de ressources informationnelles, s'appliquant aussi dans la région. Ainsi, selon le volet considéré, l'informatisation est plus ou moins présente, et l'intégration des systèmes pour soutenir une approche globale du traitement de l'information demeure faible. Pourtant, il s'agit là d'éléments essentiels à l'obtention d'un effet de levier de la part des ressources informationnelles, tant pour soutenir l'accessibilité et la continuité des services à la population que la gestion efficiente des ressources.[2]

Présentement, les systèmes demeurent fragmentés par mission, par problématiques (ex. : SIMPOC (« *Système d'Information pour les Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques* ») ou selon les étapes de vie (ex. : SICHELD (« *Système d'Information Clientèle en centre d'HÉbergement et de soins de Longue Durée*»)), plutôt qu'en continuité selon le cheminement d'une vie. De plus, il existe aussi une variété de systèmes médico-administratifs, cliniques et administratifs qui ne sont pas intégrés et occasionnent la duplication de données.

---

[16] Référence : *Organisation des services de première ligne* - INSPQ – 14 février 2003 – http://www.inspq.qc.ca/domaines/SoutienPolitiques/ServicesPremiereLigne.asp?D=7&D7=4

[17] Référence : *Cibles nationales 2004-2005 – Proposition préliminaire* - Direction de la planification stratégique – MSSS – 5 mars 2004

La présence de systèmes en silo et la très grande variété occasionnent notamment une fragmentation du dossier client selon la spécialité du système, une dispersion et une duplication de données devant être partagées plutôt que ressaisies (ex. : données socio-démographiques, allergies, vaccins, antécédents et habitudes de vie) et par conséquent, un questionnement sur la valeur et la préséance des données lorsque vient le temps de les mettre en commun pour constituer le portrait complet du client.

La région doit donc vivre avec l'héritage d'un portefeuille d'applications difficile à faire évoluer (ex. : systèmes intra-établissements et univocationnels). Pour ce qui est des banques de données utilisées actuellement, celles-ci ne sont pas conçues pour satisfaire les besoins actuels d'échanges entre les établissements, tant en termes de structure que de définition des données (sémantique).

De plus, les initiatives en matière de ressources informationnelles sont présentement variées et parfois dupliquées (ex. : module Vaccins d'Intégration CLSC, système d'information vaccinal de SOGIQUE, registre d'immunisation de Santé Canada; répertoire de ressources, GMF-Module de garde). Ces initiatives sont principalement axées sur le volet santé, et les volets social et communautaire sont délaissés. En ce qui concerne la santé publique, les développements sont réalisés plutôt en vase clos, qu'intégrés aux systèmes supportant les diverses pratiques professionnelles en milieu clinique.

L'expertise et le nombre des ressources humaines du milieu sont confrontés à des technologies de l'information en constante évolution, en même temps qu'à une révision profonde des structures qui accentue le besoin de recourir à ces technologies. De plus, la gestion du changement a souvent été négligée au profit d'un déploiement technologique réalisé avec trop d'empressement. Plusieurs échecs sont attribuables à cette situation qui demeure toutefois difficile à corriger faute d'expérience, d'expertise et de ressources spécialisées dans ce domaine.

Finalement, en plus d'être caractérisée par un manque d'homogénéité des infrastructures et applications utilisées, la région l'est aussi par un manque d'uniformité des priorités en matière de ressources informationnelles.

Inventaire des actifs

La base de données RÉSIR (« *Répertoire des Équipements et des Systèmes d'Information du Réseau* »), développée par le MSSS, permet d'obtenir une liste des systèmes et équipements installés dans les établissements de chacune des régions. Un tel répertoire de données est essentiel pour une saine gestion des ressources informationnelles, cependant les données qui y sont présentes sont d'une valeur limitée pour les raisons suivantes :

- Absence d'obligation, ainsi que de processus et mécanismes formels permettant de maintenir à jour cet inventaire;
- Absence d'uniformité dans le niveau de détail des données et dans la terminologie utilisée, causant par le fait même des problèmes de précision et d'ambiguïté;
- Duplication de mêmes systèmes d'informations sous différentes rubriques (c.-à-d. types de systèmes), ainsi que des manques au niveau de l'identification des fournisseurs;
- Absence de nombreux éléments d'information permettant de caractériser les actifs (ex. : coûts, dates d'acquisition.

Toutefois, les données disponibles permettent d'apprécier le volume et la diversité des actifs de la région. Ainsi, le parc informatique de la région comportait, en septembre 2002, 212 serveurs, 2 737 postes de travail et 802 imprimantes. À partir de ces données, l'Agence des Laurentides estime, de façon très conservatrice, à 16 792 000 $ la valeur à neuf de ce même parc informatique (c.-à-d. équipements équivalents); les immobilisations en matière d'applications sont exclues de cet estimé faute d'information précise. Ces chiffres sont présentés au tableau de la page suivante.

Mission	Équipements				Applications				
	Imprimantes	Postes	Serveurs	Coûts	Administratives	Cliniques et diagnostiques	Médico-administratives	Télésanté	Total
CH	521	1 531	74	8 646 000 $	82	71	39	5	197
CHSLD	46	121	13	836 000 $	42	8	13	0	63
CLSC	133	521	18	2 170 000 $	79	6	21	0	106
CPEJ	42	212	26	1 452 000 $	24	0	16	0	40
CR	32	172	11	972 000 $	14	2	15	0	31
Divers	28	180	70	2 176 000 $	41	0	0	0	41
Total	802	2 737	212	16 792 000$	282	87	104	5	478

L'annexe A présente une vue plus détaillée des applications utilisées dans la région, mais ne constitue pas un inventaire exhaustif. Les applications y sont présentées en fonction de la nouvelle structure de programmes de services.[18]

Il est important de noter qu'un grand nombre d'applications médico-administratives et administratives ne seront plus supportées par les fournisseurs de services à compter du 1er avril 2007. Cette situation impliquera un investissement majeur pour passer à de nouvelles applications.

Financement des ressources informationnelles

Le tableau de l'annexe B présente quelques données financières relatives aux dépenses et aux investissements en matière de ressources informationnelles, dans les établissements publics et privés conventionnés de santé et de services sociaux de la région, entre les années 1998-1999 et 2002-2003. Les données y sont présentées selon les différentes catégories d'établissements.

Divers ratios ont été calculés afin de faire ressortir la progression des investissements et des dépenses afférentes aux ressources informationnelles dans les établissements. De plus, afin d'estimer les dépenses totales consenties aux ressources informationnelles dans les établissements de santé, les rubriques suivantes ont été compilées à partir des états financiers des établissements :

- Immobilisations informatiques (développement et équipements);
- Dépenses informatiques (en référence au centre d'activité 7340);
- Dépenses relatives au passage à l'an 2000 (en référence au centre d'activité 7993).

Globalement, on constate que pour l'ensemble des établissements, les dépenses consenties aux immobilisations informatiques ainsi qu'aux dépenses directes de fonctionnement ont progressé de façon plus importante que les coûts directs nets ajustés totaux des établissements (38 % pour les coûts directs nets ajustés totaux et 66 % pour les dépenses consenties aux ressources informationnelles). Cette progression a été plus forte au CPEJ avec une augmentation de l'ordre de 217 % attribuable aux subventions obtenues du MSSS dans le cadre du projet PIJ. Les CH ont obtenu une progression de l'ordre de 76 % attribuable principalement au projet d'imagerie médicale numérique, ou une subvention a été obtenue pour la réalisation du projet. On note aussi que dans les CHSLD, une diminution de l'ordre de 37 % des investissements.

On note également que la proportion des dépenses totales en ressources informationnelles (immobilisation – développement et équipements, et dépenses informatiques directes) par rapport aux

[18] Référence : *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux – Remis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources* – document de travail – Direction de la planification stratégique – ministère de la Santé et des Services sociaux – 19 janvier 2004

coûts directs nets ajustés totaux se situe à 1,47 % en 2002-2003, pourcentage nettement inférieur aux dépenses observées aux États-Unis ou même dans certaines autres provinces canadiennes. Elle se situe même en bas de la moyenne provinciale qui est de 1,87 %. De plus, si nous enlevons les subventions reçues dans le cadre des projets PIJ et d'imagerie numérique, le pourcentage tombe à 1,05 %. Cette proportion a cependant régressé depuis 1998-1999 passant de 1,23 % à 0,99 % en 2001-2002. C'est dans le CPEJ que la proportion est la plus élevée (2,87 %) alors qu'elle est à 1,58 % dans les CH. Les CHSLD affichent le plus bas niveau à 0,72 %.

On constate aussi que la valeur aux livres du parc immobilier en technologies de l'information qui est passée de 12 872 423 $ en 1998-1999 pour l'ensemble des établissements à 19 135 249 $ en 2002-2003, soit une progression de 48,6 %.

Les coûts directs nets ajustés pour le centre d'activité 7340 (informatique) sont passés de 2,7M$ à 3,8M$ (+38 %) durant la même période de temps.

Finalement, le tableau révèle que l'année 1999-2000 se démarque considérablement des autres années par le montant élevé des nouvelles acquisitions, en raison du remplacement des équipements informatiques en vue du passage à l'an 2000. Il faut donc se rappeler que le maintien des actifs constituera une activité importante au cours des prochaines années alors que plusieurs équipements acquis en 1999-2000 devront être remplacés.

Il faut également souligner l'arrivée de la directive MGF-021 (c.-à-d. imputation au centre d'activité utilisateur au lieu du centre d'activité Informatique)[19] qui rendra éventuellement caduque l'utilisation du centre d'activité 7340 comme point de référence des déboursés en matière de technologies de l'information/systèmes d'information dans les établissements. Cette directive qui s'appliquait à compter du 1er avril 2002 ne semble pas avoir affecté les données de 2002-2003.

[19] Référence : *Normes et pratiques de gestion – Manuel de gestion financière – Lettre de mise à jour MGF-021* – ministère de la Santé et des Services sociaux – http://206.167.52.1/fr/document/d26ngest.nsf/0/de9af866e04d1c5385256bf300655091/$FILE/Mgf-021.pdf

3. Cibles stratégiques

À la lumière du contexte actuel, les éléments suivants sont pris en considération pour énoncer et définir les cibles stratégiques des ressources informationnelles :

- L'importance donnée, à tous les niveaux, à la surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population, la prévention et la promotion, ainsi qu'une tendance vers une plus grande intégration de la prévention à travers la prestation de soins et services afin de sensibiliser le client à sa propre prise en charge et au développement d'un comportement préventif.
- La continuité des soins et des services à tous les points de vue, soit au niveau de la relation avec le client, la disponibilité de l'information et la continuité d'approche, et ce, de façon à s'assurer que les bonnes interventions sont faites au bon moment, au bon endroit et par les intervenants appropriés (« *just in time* »).
- La nécessité d'établir un réseau centré sur la personne plutôt que sur les structures et l'introduction de mécanismes facilitant l'accessibilité aux soins et services.
- L'importance du soutien à la prestation des soins et services, ainsi qu'à l'encadrement et au développement des pratiques professionnelles.
- L'importance du soutien à l'organisation et à l'administration des services de santé et services sociaux, et ce, particulièrement dans un contexte où le réseau est appelé à être plus efficace et performant.
- L'informatisation ordonnée du réseau de la santé et des services sociaux de façon à répondre aux besoins des intervenants du milieu, et l'importance d'un financement adéquat des travaux requis.
- La nécessité d'avoir une démarche structurée de gestion du changement capable de soutenir l'exécution des plans en matière de ressources informationnelles.
- Le respect de la vie privée, la protection des renseignements personnels et la sécurité, ainsi que la gestion des actifs informationnels en conséquence.

Les cibles stratégiques des ressources informationnelles sont présentées ci-dessous et sont expliquées aux sections suivantes.

- *Soutenir les activités de surveillance continue de l'état de santé de la population, de promotion, de prévention et de protection de la santé et du bien-être.*
- *Assurer la disponibilité des informations, au moment opportun, entre les différents dispensateurs de services de façon à soutenir la prise de décision et permettre à tous les intervenants d'accentuer le réflexe de maintenir en santé.*
- *Soutenir les processus d'accessibilité et de coordination de façon à assurer la continuité des services de santé et des services sociaux.*
- *Faciliter la dispensation des services de santé et des services sociaux tout en favorisant l'implantation d'une culture de comparaison et d'une culture professionnelle basées sur les meilleurs standards et pratiques.*
- *Soutenir l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.*
- *Favoriser l'harmonisation des processus et l'intégration des systèmes.*
- *Assurer la sécurisation et la protection adéquate des informations électroniques et de leurs dérivés portant principalement sur les clients et les activités du secteur de la santé et des services sociaux.*

Soutenir les activités de surveillance continue de l'état de santé de la population, de promotion, de prévention et de protection de la santé et du bien-être

Surveillance continue de l'état de santé de la population

Les activités associées à la surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances. Ces activités de surveillance permettent de :[20] [21]

- Informer la population sur leur état de santé de façon à leur permettre d'agir avec le meilleur éclairage possible en faveur de leur santé et bien-être;
- Soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire, sur la base de problèmes prioritaires identifiés et la connaissance des problèmes émergents, de façon à pouvoir offrir les activités et services adéquats;
- Réviser les orientations grâce au suivi des indicateurs de résultats;
- Soutenir la prise de décision dans les secteurs connexes pouvant avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population.

Les activités de surveillance doivent être soutenues au niveau de l'alimentation de données (disponibilité, accès, assurance qualité), ainsi que la production (intégration de données, soutien à l'analyse et à l'interprétation) et la diffusion de l'information sous différentes formes et par différents moyens de communication.[21] De plus, un soutien doit être apporté au niveau des enquêtes sociosanitaires auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population.[22]

Toutefois, les outils et systèmes d'information soutenant les activités de surveillance continue, doivent tendre vers une exploitation plus directe de l'information de façon à réduire les enquêtes et, par le fait même, les délais d'intervention. Pour ce faire, les systèmes cliniques doivent intégrer la saisie de déterminants de santé de façon à en permettre l'extraction et l'exploitation en même temps que toutes les autres données requises à la surveillance.

La Direction régionale de santé publique prévoit élaborer et mettre en œuvre un plan de surveillance[20] de l'état de santé de la population qui spécifie les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance.[22] Il est donc nécessaire de s'assurer de la présence d'outils et de systèmes d'information adéquats pour soutenir ce plan de surveillance.

À ce jour, le « *Programme national de santé publique 2003 – 2012* » propose une classification des objets de surveillance de santé et de bien-être de la population; cette classification est présentée ci-contre.[21]

LA CLASSIFICATION DES OBJETS DE SURVEILLANCE

- **Conditions démographiques** : effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population.
- **Conditions socioculturelles** : modalité de vie, langue, immigration.
- **Conditions socioéconomiques** : scolarité, revenu, emploi.
- **Environnement physique** : eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail.
- **Environnement social et adaptation sociale** : soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences.
- **Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs** : alimentation, tabac, alcool, drogues et jeux de hasard, poids corporel, activité physique, grossesse, naissance et allaitement, comportement de protection.
- **Services de santé** : services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination), services de première ligne (médicament et méthadone, Info-Santé CLSC), autres services de santé au besoin.
- **État de santé global** : perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, perte d'autonomie, mortalité selon l'âge.
- **État de santé physique** : perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause.
- **État de santé mentale** : perception de l'état de santé mentale et estime de soi, problème de santé mentale, détresse et stress, idée suicidaire et tentative de suicide, suicide, dépression, hospitalisation pour trouble mental.

---

[20] Référence : *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 – Prévenir pour l'avenir…* – document de travail – Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides – Direction régionale de santé publique des Laurentides

[21] Référence : *Programme national de santé publique 2003 – 2012* - Santé et services sociaux – Québec - 2003

[22] Référence : *Loi sur la santé publique* – L.R.Q., chapitre S-2.2 – à jour au 1er mars 2004 – Éditeur officiel du Québec

Promotion, prévention et protection de la santé et du bien-être

La Direction régionale de santé publique doit contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en réalisant des activités se rattachant à ses fonctions de promotion, de prévention et de protection de la santé.

Les activités proposées par la Direction régionale de santé publique se rattachent aux domaines d'intervention suivants :[20 21]

- Développement, adaptation et intégration sociale (périnatalité et petite enfance, enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, inégalités sociales et de santé, développement des communautés);
- Habitudes de vie et maladies chroniques (enfants et adolescents, adultes, cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans);
- Traumatismes non intentionnels (traumatismes liés au transport routier, blessures à domicile);
- Maladies infectieuses (maladies évitables par immunisation, MADO, MATO, ITSS);
- Santé environnementale (qualité de l'air et de l'eau, environnement);
- Santé en milieu de travail.

Les activités de promotion et de prévention, telles que la promotion de saines habitudes de vie et de pratiques cliniques préventives, l'amélioration de connaissances en certaines matières de santé publique, etc., requièrent notamment un soutien pour la diffusion grand public d'informations de promotion et de prévention.

De façon particulière, certains domaines d'intervention requièrent aussi le soutien de systèmes d'information qui permettent notamment de gérer la couverture vaccinale des individus; d'établir des liens avec les laboratoires pour l'hémovigilance, les déclarations de maladies infectieuses et l'accès aux résultats d'analyses environnementales; d'obtenir les déclarations de grossesse (santé en milieu de travail).

Assurer la disponibilité des informations, au moment opportun, entre les différents dispensateurs de services de façon à soutenir la prise de décision et permettre à tous les intervenants d'accentuer le réflexe de maintenir en santé

Constitution d'un portrait complet du client

Cette cible stratégique requiert avant tout la constitution d'un portrait complet de chaque client, unifiant les aspects santé, social et santé publique. Une fois réunies, les informations seront plus facilement disponibles et accessibles en temps réel, au moment opportun tout en favorisant une approche globale et préventive.

La mise en place des réseaux locaux de services met en évidence la nécessité d'unifier les dossiers de la clientèle. Ainsi, puisque chaque instance locale est créée à la suite de regroupement d'établissements offrant des services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier (CH), il est essentiel d'unifier les dossiers qui y sont conservés, en fait unifier les composantes CLSC, CHSLD et CH d'un même dossier client. Cette unification doit se faire en considérant les besoins et enjeux de partage de l'information liés à la continuité de services.

Au-delà de cette unification, des préoccupations de partage d'informations clientèles avec les différents partenaires de la région et des autres régions doivent aussi être considérées. Ainsi, après une unification du dossier au niveau local, on doit tendre vers un dossier client régional pour faciliter les échanges intra-région et inter-régions.

De plus, afin de garantir la complétude du dossier client, les réseaux locaux et régional doivent s'assurer de la mise en place de mécanismes uniformes, définis au niveau d'ententes avec les partenaires, pour

alimenter le dossier client, et ce, tout en respectant la confidentialité et la protection des renseignements personnels.

Intégration de la prévention aux soins de santé

Cette cible concerne aussi l'intégration de la prévention aux soins de santé de façon à favoriser un changement de paradigme en faveur des soins de santé intégrés et préventifs en dotant le client des informations et des compétences nécessaires pour qu'il puisse se prendre en charge.[23] Cet élément rejoint notamment les préoccupations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de prévention, et suit une des tendances futures mentionnées au niveau du plan provincial d'informatisation.

Pour ce faire, il faut aussi doter l'intervenant de plus d'informations sur la prévention, les risques pour la santé et les maladies de façon à ce qu'il comprenne l'impact du mode de vie, des risques environnementaux et du statut socio-économique sur la santé.[24] Ainsi, il pourra alors profiter du contact avec le client pour l'informer sur les saines habitudes de vie et la prévention de maladies, le sensibiliser afin de promouvoir des changements de comportement et susciter une autogestion.

Il faut aussi offrir la possibilité à l'intervenant de consigner les déterminants psychosociaux, culturels, environnementaux et de santé pour chacun de ses clients et ainsi favoriser une approche populationnelle, basée sur des analyses de profil de clientèle, de façon à créer un impact favorable à court terme sur les approches cliniques des intervenants. La présence de déterminants à même le portrait complet du dossier client doit aussi favoriser la surveillance continue de la santé et du bien-être de la population, en réduisant le nombre d'enquêtes et les délais d'intervention.

Constitution d'un réseau interactif

Cette cible consiste aussi à faciliter l'ouverture des frontières organisationnelles et professionnelles de façon à assurer la circulation, la fluidité et le partage d'informations requis à la continuité des soins et services. On doit tendre vers un resserrement des rapports de collaboration entre les partenaires par la constitution d'un réseau interactif qui va au-delà des frontières organisationnelles[25], et ainsi permettre de recentrer le système de santé et de services sociaux sur la personne plutôt que sur les structures.[1]

Il est donc essentiel de s'assurer que chaque partenaire dispose des ressources appropriées (incluant les ressources informationnelles) pour jouer son rôle, mais aussi définir des mécanismes de liaison appropriés qui doivent être interactifs et bidirectionnels de façon à consolider les partenariats entre les différents acteurs de la vie collective.[25]

Le soutien à l'implantation des instances locales de services, la définition et l'actualisation des modalités d'ententes de services avec leurs partenaires (ex. : GMF, cliniques privées, pharmacies communautaires, organismes communautaires) doivent tenir compte de l'apport essentiel des ressources informationnelles, ainsi que d'exigences en termes de normalisation, d'harmonisation, d'intégration et de sécurité pour assurer la mise en place d'un réseau interactif et sécuritaire.

---

[23] Référence : *Intégrer la prévention aux soins de santé* – Aide-mémoire no 172 – Révisé Octobre 2002 – http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr/

[24] Référence : *Les soins de santé du futur : Vision 2020 donne le ton – Ateliers Vision 2020 – Partie 1* – Michel Léger – directeur général par intérim du Bureau de la santé et l'inforoute Santé Canada – Mai 2000 – http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/pubs/coach/coach5_vision2020f.pdf

[25] Référence : *Pourvoir… à notre santé! – Plan stratégique triennal d'organisation des services pour la région des Laurentides 2003-2006* – document de consultation – Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Soutenir les processus d'accessibilité et de coordination de façon à assurer la continuité des services de santé et de services sociaux

Informations sur l'organisation des services et les ressources disponibles

L'accessibilité aux services passe dans un premier temps par la disponibilité et l'accès à de l'information relative à l'organisation des services et aux ressources disponibles (ex. : prestateurs, établissements, localisations, disponibilités). Certaines informations doivent être disponibles tant aux intervenants qui orientent les clients, qu'au client lui-même qui désire faire ses propres recherches pour sa propre prise en charge.

Planification et coordination des services

Plusieurs législations et règlements font référence à la planification et à la coordination des services et des interventions, soit notamment la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, etc. De plus, dans son avis émis en juin 2003, le Conseil médical du Québec mentionne l'importance de la coordination des différentes interventions de façon à favoriser une approche cohérente et permettre d'éviter la duplication des efforts et les interventions effectuées au mauvais moment.

Deux grands concepts s'opposent présentement pour aborder la planification et la coordination des services. Ainsi, on retrouve le concept de « *l'offre de services d'un établissement en regard des besoins de la personne* » (coordination des services existants) et celui des « *besoins de la personne sous l'angle de la demande de services* » (ajustement, par les dispensateurs, de leur offre de services pour répondre aux besoins de la personne).[26]

De plus, sont généralement associés à la planification et la coordination des services, de nombreux concepts ayant trait notamment au « *case management* » ou « suivi systématique », au « *care management* » ou « cheminement clinique », à la « coordination concertée », à la « gestion de l'épisode de soins », au « plan d'interventions », au « plan de services individualisé », au « gestionnaire de cas », au « coordonnateur », à l'« intervenant pivot », ainsi que d'autres concepts introduits par diverses pratiques liées à l'utilisation d'un « plan de services ».[26] [27] Ces concepts peuvent aussi être appliqués différemment tout dépendant du programme de services qui l'adresse, soit les services généraux (activités cliniques et d'aide) ou les services répondant à des problématiques particulières (ex. : santé mentale, déficience physique).

Au sens large, le « plan de services » se veut un outil pour assurer la continuité (par la planification), la cohésion et la complémentarité (par la coordination) des services et des interventions données à une personne pour répondre à ses besoins et à ses attentes. Cependant, le « plan de services » possède présentement une multitude de définitions et de formes; il fait aussi l'objet de pratiques variées, pas toujours cohérentes ni harmonisées entre elles. De plus, les mécanismes permettant d'accéder à un « plan de services » apparaissent souvent lourds et compliqués et celui-ci est souvent perçu davantage comme un outil administratif plutôt que clinique.[26] [28]

La présente cible met donc l'emphase sur l'importance d'arriver à une harmonisation et une systématisation des processus de planification et de coordination des services et des interventions, de suivi systématique de clientèles, ainsi qu'une définition claire des rôles et responsabilités des intervenants

---

[26] Référence : *La problématique du plan de services de la personne – État de situation dressé par l'Office des personnes handicapées du Québec* – Pierre Berger, Conseiller à l'intervention nationale, Direction de la recherche, du développement et des programmes – septembre 2003 – http://www.ophq.gouv.qc.ca/Bibliotheque/Publications/plan_services_Avis.pdf

[27] Référence : *Suivi systématique de clientèles – Le continuum de soins à son meilleur!* – Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec – http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/presentation.html?Pr?sentation=page_presentation.html

[28] Présentement, la notion de « plan de services » est utilisée particulièrement dans les secteurs de déficience intellectuelle, déficience physique, santé mentale et personnes âgées en perte d'autonomie (réseau intégré de services PAPA)

impliqués. Cette systématisation doit favoriser la mise en place d'outils cliniques intégrés et conviviaux pour soutenir ces processus, ainsi que lier toutes les informations se rapportant à un « plan de services ».

Cette cible rejoint les priorités d'action du Gouvernement du Québec en matière de santé[1], puisqu'elle permet une meilleure prise en charge des personnes tout en facilitant leur accompagnement et cheminement à travers le réseau, ainsi qu'en leur assurant des services accessibles, mieux coordonnés et sans rupture (complémentarité des services).[29]

Accessibilité et mécanismes de référence

La mise en place d'un réseau interactif requiert notamment la définition et la mise en place, en fonction d'ententes et de corridors de services, de mécanismes de référence uniformes pour assurer l'accessibilité aux services.

Ces mécanismes de référence doivent être bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils doivent permettre autant d'avoir recours aux services de 2e (spécialisés) et 3e (surspécialisés) lignes, que de planifier des services de 1re ligne pour le retour du client dans son milieu de vie. De plus, ces mécanismes de référence doivent soutenir la pratique professionnelle et s'intégrer aux outils de prise en charge et de suivi de la clientèle.

Accessibilité et télésanté

La télésanté se définit comme l'usage de technologies de télécommunication pour échanger de l'information et des services de santé par-delà les barrières géographiques, temporelles, sociales et culturelles.[30] Elle offre aujourd'hui de grandes possibilités au niveau des pratiques cliniques, de l'éducation et de la recherche.

La télésanté peut s'appliquer dans de nombreux domaines, soit notamment en téléconsultation (ex. : avis médical à distance), téléexpertise (ex. : demande d'un avis à un médecin de référence), télédiagnostic, télésurveillance à domicile, télésoins, téléchirurgie, téléformation (formation des professionnels de la santé), ainsi qu'en télééducation (éducation du patient ou de la population en général).[31] [32]

Elle permet notamment aux personnes de prendre en main leur propre santé en s'informant sur les questions de santé qui les préoccupent ainsi que l'accès, à distance, à des services spécialisés ou non qui ne sont pas disponibles localement, et ce, tout en permettant le rapprochement de dispensateurs de services, ainsi que l'optimisation de l'utilisation de ressources.

Bien que la télésanté ait connu une croissance importante au Canada, la littérature soulève cependant de nombreux défis et enjeux d'ordres médico-légal et éthique liés à la télésanté, notamment en ce qui concerne la responsabilité professionnelle[33], les normes de soins, le consentement avisé, l'extension de la pratique médicale au-delà des frontières provinciales (« télépratique interprovinciale »), les normes et les limites des technologies, etc.[32]

Le plein potentiel de la télésanté reste cependant à être exploité pour répondre aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux; sa réussite relève de son intégration complète et continue au système de prestations de services, tout en prenant en considération et en évaluant les défis et enjeux liés à son utilisation.[32]

---

29 Référence : *Le système de santé et de services sociaux québécois – Vers une plus grande intégration des services* – ministère de la Santé et des Services sociaux – janvier 2004

30 Référence : Réseau québécois de télésanté élargi – http://www.rqte.qc.ca/fr/telesante/index.asp

31 Référence : *Cartographie des applications de télésanté – Télémédecine 2000 en France* – http://www.artesi-idf.com/article.php?artno=1719&headLine=srubri

32 Référence : *L'industrie de la télésanté au Canada : Profil de l'industrie et analyse des capacités* – Direction générale des sciences de la vie, Industrie Canada – Jocelyne Picot, Ph.D. et Trevor Cradduck. Ph.D. – mars 2000 – http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inict-tic.nsf/fr/it07658f.html

33 Référence : *Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle* – Avis 98-04 – Conseil médical du Québec – décembre 1998 – http://www.cmed.gouv.qc.ca/fr/publications/avis/1998_04_av_fr.pdf

Faciliter la dispensation des services de santé et des services sociaux tout en favorisant l'implantation d'une culture de comparaison et d'une culture professionnelle basées sur les meilleurs standards et pratiques

Formalisation et uniformisation selon les meilleurs standards et pratiques

La mise en place d'un réseau interactif, efficace et performant amène la nécessité de revoir les processus de travail, autant cliniques qu'administratifs, pour formaliser et uniformiser certaines pratiques, de façon à unifier le réseau, simplifier les trajectoires de services[34], faciliter la collaboration de tous les partenaires, ainsi que la dispensation des soins et services. La formalisation et l'uniformisation doivent s'appuyer sur les meilleurs standards et pratiques afin de favoriser le développement d'une culture de comparaison et d'amélioration continue des services de santé et des services sociaux.

Ainsi, les systèmes d'information doivent notamment offrir des modes de fonctionnement uniformes et utiliser un vocabulaire commun issu de classifications cliniques pour documenter le dossier client, et ce, afin de parler le même langage et comparer les mêmes choses selon de mêmes bases de fonctionnement. Ceci doit favoriser la mise en évidence du savoir-faire des différentes pratiques, la visibilité des interventions et résultats obtenus, la communication intra et inter-réseau à tous les niveaux et par le fait même, une amélioration importante du suivi des clientèles et de la qualité des soins et services.[35]

Ces mêmes systèmes d'information doivent aussi inclure l'identification d'indicateurs de qualité, d'analyses statistiques, de rentabilité et d'efficience, de réduction des coûts, de rationalisation des activités, de collaboration et de coordination interprofessionnelles.[35] Des systèmes d'information à valeur ajoutée doivent être ainsi créés de façon à éviter la fragmentation des systèmes selon les besoins cliniques et les besoins administratifs et de gestion et, par le fait même, en simplifier l'utilisation par les intervenants.

Soutien aux interventions cliniques

Les intervenants doivent être soutenus dans leurs interventions cliniques quels que soient les programmes de services dans lesquels ils sont impliqués, et ce, qu'il s'agisse de services nécessitant une grande mobilité (ex. : pré-hospitalier, soutien à domicile), de services relatifs aux domaines de santé ou social, ou encore d'actions de prévention et de promotion de la santé intégrées à des interventions.

Le soutien aux interventions cliniques passe avant tout par l'accès à un portrait consolidé du dossier client de façon à soutenir la prise de décision clinique. Il doit aussi se traduire par l'accès à des outils permettant notamment l'orientation et la prise en charge du client, la coordination des services, l'évaluation et le dépistage, l'enseignement auprès du client, ainsi que l'accès à des informations cliniques documentées (ex. : cheminements clientèles, protocoles, techniques de soins, plans d'enseignement). Le soutien aux interventions cliniques implique aussi un apport au niveau du soutien diagnostic et thérapeutique.

Soutien à l'encadrement et au développement des pratiques professionnelles

L'encadrement et le développement des pratiques professionnelles, visant l'amélioration continue des soins et services, doivent être considérés selon deux perspectives, soit globale et individuelle.

---

[34] Référence : *Les travaux parlementaires – 37e législature, 1ère session – Journal des débats – Consultations particulières sur le projet de loi n° 25 — Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* – Commission permanente des affaires sociales – 2 décembre 2003 – Vol. 38 No 24 – http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature1/DEBATS/journal/cas/031202.htm

[35] Référence : *AVIS présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'une consultation sur l'informatisation du système de santé* – Adopté par le Bureau de l'OIIQ à la réunion des 27 et 28 avril 2000 – http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/avis_informatisation_reseau.htm

Ainsi, selon la perspective globale visant l'amélioration continue des pratiques professionnelles dans leur ensemble, un soutien doit être apporté pour le suivi et l'évaluation des interventions réalisées (ex. : évaluation des actes médicaux, revue d'utilisation de médicaments (RUM)) de façon à influencer et à faire évoluer les pratiques professionnelles; ces évaluations peuvent aussi considérer différents paramètres ou indicateurs relatifs à la santé publique, aux coûts de certaines interventions (vs l'utilisation de certaines ressources), etc.

Selon la perspective individuelle, le soutien doit être apporté à l'intervenant pour lui faciliter l'apprentissage de connaissances et lui permettre de raffiner ses approches et modes d'intervention; ce soutien doit aussi favoriser le développement d'une approche populationnelle et préventive (ex. : analyse de profils de clientèles en fonction de déterminants de santé).

Soutenir l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux

Soutien à l'administration

La gestion des ressources humaines, financières, matérielles, immobilières et informationnelles doit être soutenue de façon à en permettre une planification, une gestion et un contrôle, et ce, à tous les niveaux. Ainsi, ce soutien doit être disponible tant au niveau régional (agence, établissements à vocation régionale) qu'au niveau des instances locales et des partenaires qui seront en ententes avec celles-ci. Ces systèmes d'information devront aussi contribuer à l'évaluation de la performance administrative des services de santé et des services sociaux.

Soutien à l'amélioration continue de la performance et de la qualité des soins et services

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, le concept de « performance » a évolué au fil du temps et est passé de la « saine gestion financière » à la « qualité des soins et services », notamment par de nouveaux paramètres légaux (ex. : Loi 113), ainsi que les ententes de gestion qui introduisent, en plus de l'équilibre budgétaire, des attentes du MSSS en matière de complémentarité et de qualité des services, ainsi que d'obligations de rendement liées à l'imputabilité.[36]

De plus, dans le cadre de sa vision et ses priorités d'action[1], le gouvernement provincial veut continuer à réinvestir dans la santé, mais en le faisant de façon plus performante. Ce qui implique notamment une augmentation de l'imputabilité et de la transparence, l'introduction d'un nouveau mode d'allocation des ressources, l'harmonisation des immobilisations aux priorités établies, etc.

Ainsi, le contexte actuel tend, de plus en plus, à favoriser le développement d'une culture organisationnelle axée sur l'amélioration continue de la performance et de la qualité des soins et services. Certaines composantes sont d'ailleurs déjà mises en place (ex. : agrément, gestion des plaintes, cibles nationales, indicateurs de gestion), mais ne sont pas entièrement intégrées dans une perspective globale permettant de fournir aux prestateurs de soins et services un cadre régional et une approche commune pour évaluer et améliorer la performance et la qualité des soins et services, et ce, notamment pour :[37]

- assurer la qualité de l'organisation des services et effectuer la vigie des prestations rendues;
- augmenter la reddition de comptes et encourager une prise de décision informée, surtout par rapport à la façon d'utiliser les ressources pour arriver aux meilleurs résultats;

---

[36] Référence : *Performer avec mesure et passion* – Présentation de Mme France Larin au Congrès 2003 de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec – 20 mai 2003 – http://www.clsc-chsld.qc.ca/evenemen/discours/Congres2003/France%20Larin-conference.pdf

[37] Référence : *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens – Amélioration continue de la qualité* – Deuxième édition - MaryLou Harrigan, MCEd, Harrigan Consulting, Vancouver(Colombie Britannique) – 2000 – http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pdf/quete.pdf

- fournir une façon de relier les indicateurs de santé de la population avec les indicateurs de rendement du système de santé;
- tenir compte des besoins de la population en matière de soins de santé et de services de qualité;
- se comparer avec des indicateurs fiables et meilleurs standards;[25]
- appuyer l'élaboration d'un système intégré et uniforme de prestation de soins et services, et en appuyer la poursuite.

En fait, cette perspective globale d'amélioration continue de la performance et de la qualité doit considérer plusieurs dimensions, soit notamment celles de l'efficacité pour l'amélioration de la santé et du bien-être; l'efficience de l'organisation (prestation des soins et services, gestion administrative, gestion des ressources humaines, financières, matérielles, immobilières, et informationnelles); l'intégration et la pertinence des services; ainsi que l'adaptabilité aux besoins de la population.[38]

Les systèmes d'information doivent donc être ajustés aux besoins de soutien à l'amélioration de la performance et de la qualité des soins et services, tout en favorisant une meilleure intégration des données opérationnelles et de gestion.

Favoriser l'harmonisation des processus et l'intégration des systèmes

Adaptation des applications

Les applications ne doivent plus être développées en silo selon des clientèles spécifiques, des problématiques, des étapes de vie, ou encore fragmentées selon les besoins cliniques et les besoins de gestion. La fragmentation des applications selon ces différentes dimensions nécessite souvent la présence d'étapes de travail (ex. : ressaisies de données) qui n'auraient pas lieu d'être si les applications étaient mieux intégrées. Les applications cliniques doivent aussi considérer les aspects suivants :

- L'intégration des déterminants de santé de façon à répondre plus rapidement aux besoins de surveillance continue de la santé et du bien-être de la population;
- L'intégration de données de gestion de façon à associer les indicateurs de santé et les indicateurs de rendement du système de santé, et ce, dans un objectif d'amélioration continue des services de santé et des services sociaux;
- Les tendances futures qui favorisent de plus en plus l'autogestion de sa santé et de son bien-être et, par le fait même, le soutien préalable des intervenants pour favoriser ce changement de paradigme et appuyer les efforts de leurs clients dans leur autogestion;
- La constitution et le partage d'un *Dossier Santé Électronique*, ainsi que son exploitation sous différentes vues.

Les applications doivent aussi considérer certains aspects techniques, soit notamment :

- Un fonctionnement dans un réseau étendu (WAN – « *Wide Area Network* ») plutôt que dans un réseau local (LAN – « *Local Area Network* »);
- La modularité et l'utilisation de services applicatifs communs et corporatifs favorisant une meilleure intégration et l'interopérabilité aux niveaux local, régional et inter-régional;
- L'utilisation de normes et standards (ex.: CIM10, HL7, SNOMED) approuvés par le MSSS et promus par Inforoute Santé Canada;
- Leur certification préalable de façon à en assurer le bon fonctionnement une fois déployées sur le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS).

Ces exigences d'adaptation et d'évolution doivent aussi être considérées par les fournisseurs d'applications.

---

[38] Référence : *Modèle d'évaluation de la performance* - Agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Uniformisation et performance du réseau

Le manque d'homogénéité des infrastructures technologiques régionales (ex. : versions de systèmes d'exploitation, systèmes de gestion de base de données) complexifie de façon importante la gestion des réseaux (locaux, régional), multiplie les coûts de licences et d'entretien, et exige des expertises plus larges et variées. De plus, aucun outil n'est présentement disponible pour gérer les réseaux et assurer leur performance.

Cette situation fragilise l'environnement technologique tout en empêchant l'automatisation de tâches (ex. : mise à jour de rustines et de définitions de virus) et en complexifiant le déploiement de nouvelles applications. Ainsi, le plus petit dénominateur commun des infrastructures (ex. : version du système d'exploitation) doit être considéré lors d'un déploiement afin d'assurer l'interopérabilité des applications; ce dénominateur commun correspond souvent à des normes minimales et anciennes.

Présentement, chacun des partenaires régionaux gère de façon isolée et en « vase clos » leur infrastructure technologique et réseau. Cependant, le contexte actuel demande de fonctionner de plus en plus en réseau tant aux niveaux régional, inter-régional et provincial, et ce mode de gestion a donc des effets marqués à plus grande échelle.

Cette situation doit être revue de façon à assurer la mise en place d'une infrastructure technologique uniforme, commune et partagée, basée sur des normes édictées par le MSSS et en lien avec les meilleures normes et standards du marché; les exigences de cette nouvelle infrastructure doivent aussi être respectées par les fournisseurs.

Mise en commun et partage de ressources informationnelles

La région doit tendre à maximiser l'utilisation des infrastructures technologiques par la mise en commun et le partage des ressources informationnelles; elle doit aussi mettre à profit les opportunités inter-régionales, provinciales et fédérales en matière de ressources informationnelles appliquées au domaine de la santé. Cette mise en commun doit favoriser l'uniformisation du réseau et l'intégration des applications, permettre le partage d'expertises et de risques, ainsi que l'obtention d'économies d'échelle. Le MSSS réalise présentement des travaux pour encadrer cette mise en commun; la région devra considérer les résultats de ces travaux.

Développement coordonné des technologies de l'information et gestion du changement

Le rapport du Vérificateur général du Québec 2001-2002 souligne l'importance d'améliorer, tant au niveau provincial que régional, la coordination des ressources informationnelles.[9] De plus, le MSSS fait état d'un développement « *anarchique* » des technologies de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux et, pour gérer rigoureusement le plan provincial d'informatisation, compte mettre en place un Conseil de gouvernance qui s'appuiera notamment sur un Bureau de projets.[2]

Ainsi, de façon à assurer le développement coordonné des technologies de l'information, et par le fait même la gestion de l'éventuel plan régional des ressources informationnelles, le respect de l'architecture d'ensemble et des orientations gouvernementales, ainsi que l'atteinte des objectifs et la réalisation des bénéfices attendus, il est essentiel de mettre en place un cadre et des mécanismes de gestion de projets basés sur les meilleures pratiques et standards du marché.

Le rapport du Vérificateur général du Québec faisait aussi état de l'absence d'une démarche structurée de gestion du changement pour soutenir l'exécution des plans en matière de ressources informationnelles.[9] Comme en fait aussi mention le plan provincial d'informatisation du MSSS, l'évolution des technologies de l'information est indissociable de la gestion du changement et nécessite un accompagnement intelligent des intervenants, dans une démarche qui appuie la réorganisation et la continuité des soins et services.[2]

Assurer la sécurisation et la protection adéquate des informations électroniques et de leurs dérivés portant principalement sur les clients et les activités du secteur de la santé et des services sociaux

Gestion de la sécurité des actifs informationnels

Devant l'apport grandissant des technologies de l'information et des communications dans la prestation des soins et services, il devient essentiel de gérer les actifs informationnels en fonction des garanties exigées par les différentes législations, les codes d'éthique, les codes de déontologie et les meilleures pratiques et standards. Dans ce contexte, le MSSS a produit, en septembre 2002, le « *Cadre global des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – volet sécurité* » de façon à ce que les mesures de sécurité, en fonction des différentes dispositions légales, s'inscrivent notamment dans une vision unifiée et cohérente de la gestion de l'information, et assurent la rentabilité et la durabilité des investissements encourus dans le domaine de la gestion sécurisée de l'information. La région doit poursuivre la mise en œuvre de ce cadre global et devra considérer l'architecture de sécurité présentement en cours de définition par le MSSS.

Protection des renseignements personnels

Le MSSS réalise présentement des travaux pour l'élaboration d'un cadre global de protection des renseignements personnels qui sera éventuellement intégré au cadre global des actifs informationnels mentionné précédemment. Ce nouveau cadre global vise à mettre en place des mesures de protection pour permettre le partage d'informations en respectant la vie privée, la protection des renseignements personnels et la sécurité, ainsi que pour assurer :

- La disponibilité, l'intégrité, la confidentialité de l'information;
- L'authentification des intervenants;
- L'irrévocabilité des actions réalisées par les intervenants;
- Le maintien continue des actifs informationnels (pérennité);
- Une capacité de relève.

La région doit assurer la mise en œuvre de ce cadre global de protection des renseignements personnels.

4. Clients cibles à desservir

Les sections suivantes présentent les principaux clients cibles régionaux devant être desservis par les ressources informationnelles. Ces clients vont du grand public jusqu'au prestateur de soins et services (organismes, intervenants), en passant par les réseaux locaux de services, les instances locales et les établissements régionaux (incluant l'Agence).

4.1 Grand public – Citoyen

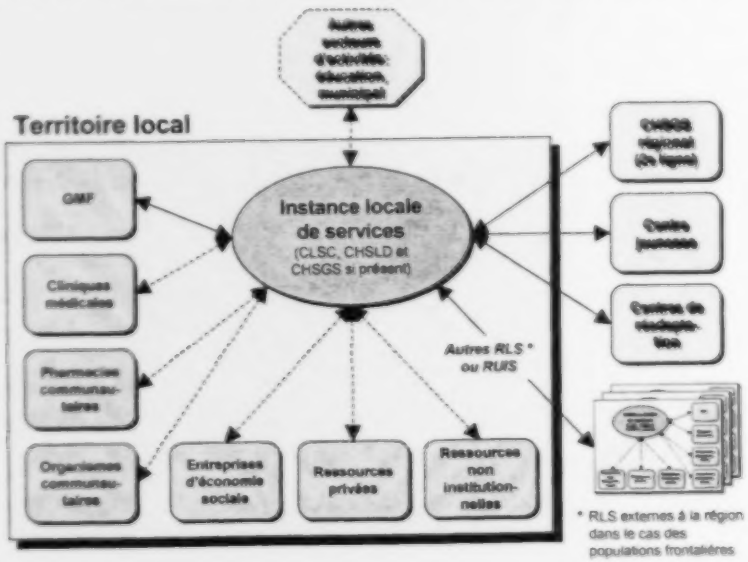
Il est essentiel de desservir directement le grand public, et ce, à différents points de vue. Notamment, au niveau de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être, il doit être possible de lui communiquer de l'information de façon à le sensibiliser par rapport à son état de santé, à lui permettre sa prise en charge et le développement d'une approche préventive. Le grand public doit aussi être informé relativement à l'organisation des services de santé et services sociaux, et ce, afin de lui permettre de s'orienter à travers le réseau et de faire ses propres recherches pour sa prise en charge.

Éventuellement, l'accès individualisé et sécurisé pourrait être considéré de façon à permettre la réalisation de certaines actions, telles que répondre à des sondages de santé publique, consulter son dossier et mettre à jour certaines données (ex. : données socio-démographiques), prendre rendez-vous, etc.

4.2 Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

L'Agence a pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés selon un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. Chacun des réseaux locaux de services doit comprendre une instance locale regroupant des établissements offrant les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). De plus, chacun d'eux doit aussi comprendre les activités et les services de médecins, de pharmaciens, d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées.[12 13]

L'instance locale doit agir comme assise à l'organisation du réseau local de services de façon à assurer l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local.[15]



La création de chaque réseau local de services (RLS) de la région nécessite donc de mettre en réseau une instance locale avec les prestateurs de services de son territoire local; les acteurs régionaux tels que les CHSGS pour les services spécialisés de deuxième ligne, le Centre jeunesse, les Centres de réadaptation; ainsi qu'avec des RLS de d'autres régions, dans le cas des populations frontalières, et des acteurs suprarégionaux pour les services ultraspécialisés de

4. Clients cibles à desservir

Les sections suivantes présentent les principaux clients cibles régionaux devant être desservis par les ressources informationnelles. Ces clients vont du grand public jusqu'au prestateur de soins et services (organismes, intervenants), en passant par les réseaux locaux de services, les instances locales et les établissements régionaux (incluant l'Agence).

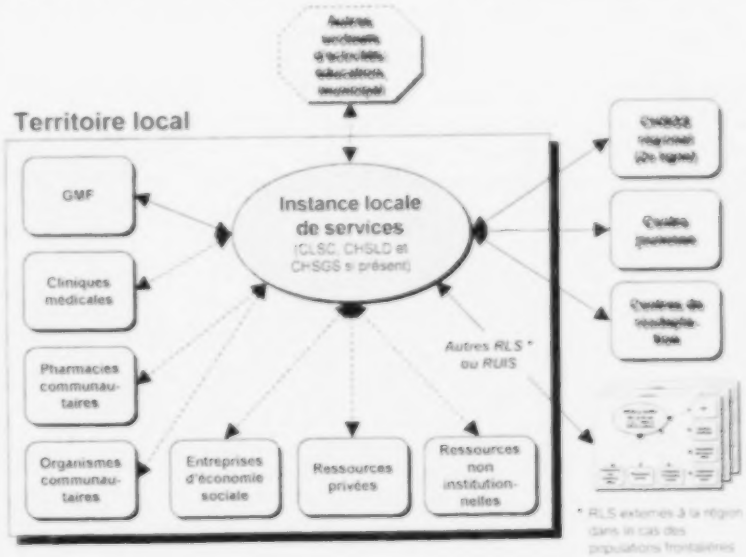
4.1 Grand public – Citoyen

Il est essentiel de desservir directement le grand public, et ce, à différents points de vue. Notamment, au niveau de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être, il doit être possible de lui communiquer de l'information de façon à le sensibiliser par rapport à son état de santé, à lui permettre sa prise en charge et le développement d'une approche préventive. Le grand public doit aussi être informé relativement à l'organisation des services de santé et services sociaux, et ce, afin de lui permettre de s'orienter à travers le réseau et de faire ses propres recherches pour sa prise en charge.

Éventuellement, l'accès individualisé et sécurisé pourrait être considéré de façon à permettre la réalisation de certaines actions, telles que répondre à des sondages de santé publique, consulter son dossier et mettre à jour certaines données (ex. : données socio-démographiques), prendre rendez-vous, etc.

4.2 Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

L'Agence a pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés selon un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. Chacun des réseaux locaux de services doit comprendre une instance locale regroupant des établissements offrant les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). De plus, chacun d'eux doit aussi comprendre les activités et les services de médecins, de pharmaciens, d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées.[12,15]



L'instance locale doit agir comme assise à l'organisation du réseau local de services de façon à assurer l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local.[15]

La création de chaque réseau local de services (RLS) de la région nécessite donc de mettre en réseau une instance locale avec les prestateurs de services de son territoire local; les acteurs régionaux tels que les CHSGS pour les services spécialisés de deuxième ligne, le Centre jeunesse, les Centres de réadaptation; ainsi qu'avec des RLS de d'autres régions, dans le cas des populations frontalières, et des acteurs suprarégionaux pour les services ultraspécialisés de

troisième ligne (RUIS). L'instance locale peut aussi être en lien avec d'autres secteurs d'activités (ex. : éducation, municipal). Le diagramme précédent représente cette mise en réseau.

Pour réaliser son mandat, l'instance locale doit formaliser ses liens au moyen d'ententes. L'actualisation des modalités d'ententes de services requiert cependant la contribution des ressources informationnelles afin de permettre à l'instance locale de jouer pleinement son rôle de coordination des actions santé, sociales et intersectorielles.

Il est donc essentiel que ces ententes indiquent la contribution des ressources informationnelles et précisent certaines exigences requises à la mise en commun et au partage sécuritaire d'information, essentiels à une prise en charge et une coordination des interventions s'inscrivant dans une continuité de soins et services.

4.3 Instances locales et établissements régionaux

Les instances locales et établissements régionaux (incluant l'Agence) doivent être particulièrement soutenus au niveau de leurs responsabilités d'organisation et d'administration des services de santé et des services sociaux. Ils doivent être outillés de façon à leur permettre d'évaluer et d'améliorer de façon continue la qualité des soins et services, et ce, selon toutes les dimensions, particulièrement où le réseau est appelé à être plus efficace et performant.

4.4 Prestateurs de soins et de services – Organismes et intervenants

Les prestateurs de soins et services locaux et régionaux (composant les instances locales et ceux en ententes avec elles), doivent aussi être soutenus de façon à assurer leur contribution aux niveaux local, régional et interrégional. La contribution des ressources informationnelles auprès des prestateurs est fondamentale, puisque c'est par celle-ci que les prestateurs auront la capacité de produire l'information préalable à la mise en commun et au partage sécuritaire d'information requis par la continuité des soins et services.

Ainsi, les prestateurs de soins doivent avoir accès à des systèmes d'information qui leur permettront notamment de gérer leur clientèle, d'assurer la prise en charge et la coordination des interventions, d'accéder à des plateaux techniques pour le soutien au diagnostic et à la thérapie.

Les intervenants impliqués dans la prestation des soins et services doivent aussi être soutenus au niveau du maintien et du développement de leurs connaissances, ainsi qu'au niveau de l'encadrement et du développement de leur pratique professionnelle. Ce soutien doit permettre l'application de meilleures pratiques et standards de façon à favoriser le développement d'une culture de comparaison et d'amélioration continue des soins et services.

5. Architecture d'ensemble

L'architecture d'ensemble permet de tracer et d'organiser les grandes composantes en matière de ressources informationnelles requises pour soutenir, de façon cohérente, l'ensemble des activités (administratives et cliniques) du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, dans une perspective d'amélioration continue de l'efficacité et de la performance.

Une architecture d'ensemble ne doit surtout pas résulter d'un exercice d'agencement de composantes déjà existantes, car il s'agirait là d'un exercice qui n'offrirait que très peu ou pas de potentiel pour l'avenir. L'architecture d'ensemble doit permettre de tracer une vision cohérente de l'apport des ressources informationnelles tout en s'appuyant notamment sur les orientations du MSSS, du gouvernement en ligne, ainsi que celles promues par Inforoute Santé Canada.

C'est par cette architecture d'ensemble que l'on pourra identifier les grandes tendances (ex. : interopérabilité, modularité, fonctionnalités) vers lesquelles le développement des ressources informationnelles doit s'orienter pour soutenir, de façon efficace et efficiente, le réseau de la santé et des services sociaux. Celle-ci permettra aussi de servir de « guide » et d'« appui » pour mieux situer les opportunités, organiser le développement des technologies de l'information et, par le fait même, mettre un frein au développement anarchique[2] dans le réseau de la santé et des services sociaux.

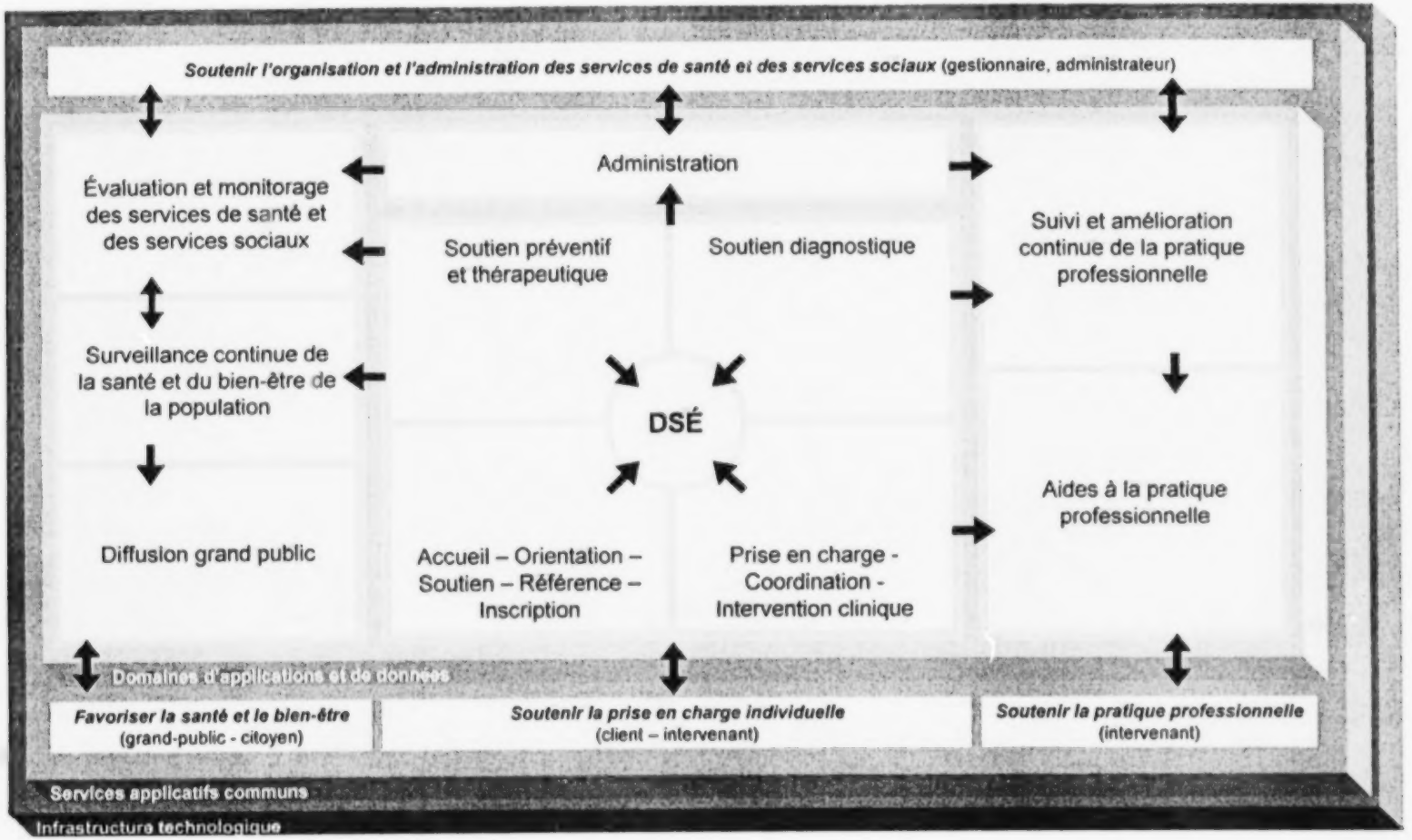
L'architecture présentée à cette section n'exclut en rien la contribution des acteurs du réseau ou de partenaires privés; elle ne fait que tracer une vue d'ensemble cohérente. Ainsi, le MSSS présente, à travers son plan provincial d'informatisation, les responsabilités des différents acteurs et partenaires, et travaille présentement à la définition de critères de mise en commun. La mise en œuvre de l'architecture devra tenir compte de ces responsabilités et critères. Au même titre, la région devra se définir des critères de mise en commun et de distribution qui devront considérer certains aspects présentés à cette section.

5.1 Description d'ensemble

L'architecture d'ensemble, présentée au diagramme de la page suivante, se découpe en trois niveaux interreliés, soit les suivants :

- L'Infrastructure technologique doit supporter efficacement les niveaux supérieurs de l'architecture d'ensemble tout en offrant des possibilités d'interconnexion avec différentes plateformes, ainsi qu'avec des réseaux publics et privés. C'est à ce niveau que seront notamment gérés les accès au réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS).
- Les Services applicatifs communs regroupent différents ensembles de composantes fonctionnelles communes pouvant desservir plusieurs solutions applicatives ou, certaines, être utilisées directement par les intervenants du réseau. Ce niveau comprend notamment les services communs d'intranet et de portail, de gestion de la sécurité et de répertoires, de collecticiel pour favoriser le travail en réseau, d'infocentre et d'intégration des applications.
- Les Domaines d'applications et de données se découpent selon les grandes thématiques de soutien à la santé et au bien-être de la population, la prise en charge individuelle, la pratique professionnelle, l'organisation et l'administration des services de santé et services sociaux. C'est dans cette optique que le portail donnera accès aux applications. Ainsi le diagramme de l'architecture d'ensemble de la page suivante, présente un portail offrant ces angles de vue.

  De plus, l'exploitation de données cliniques et administratives est réalisée tant pour soutenir les interventions en santé publique, la pratique professionnelle et son développement, que l'administration, et ce, dans une même perspective d'organisation et d'amélioration continue des services de santé et de services sociaux.


Soutenir l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux (gestionnaire, administrateur)
Administration
Évaluation et monitorage des services de santé et des services sociaux
Soutien préventif et thérapeutique
Soutien diagnostique
Suivi et amélioration continue de la pratique professionnelle
Surveillance continue de la santé et du bien-être de la population
DSÉ
Aides à la pratique professionnelle
Diffusion grand public
Accueil – Orientation – Soutien – Référence – Inscription
Prise en charge - Coordination - Intervention clinique
Domaines d'applications et de données
Favoriser la santé et le bien-être (grand-public - citoyen)
Soutenir la prise en charge individuelle (client – intervenant)
Soutenir la pratique professionnelle (intervenant)
Services applicatifs communs
Infrastructure technologique

5.2 Définition des niveaux et grandes composantes

Les sections suivantes définissent sommairement chacun des niveaux de l'architecture globale et les grandes composantes qui y sont présentes, et indiquent les principaux enjeux liés à l'architecture d'ensemble.

Domaines d'applications et de données

Le niveau Domaines d'applications et de données se découpe selon les grandes thématiques de soutien à la santé et au bien-être de la population, la prise en charge individuelle, la pratique professionnelle, l'organisation et l'administration des services de santé et services sociaux

Enjeux

- *Modularité des applications et utilisation de services applicatifs communs*

Soutien à la prise en charge individuelle

DSÉ

Le Dossier santé électronique (DSÉ) s'inscrit dans la lignée des divers concepts de « dossier patient informatisé » partageable vers lesquels tendent les régions et le MSSS afin d'assurer la circulation, la fluidité et le partage d'informations requises à la continuité des soins et services. Il est aussi en lien avec la vision d'Inforoute Santé Canada qui réalise présentement des travaux en vue de l'implantation de normes communes pour le DSÉ.[39]

Enjeux

- *DSÉ couvrant les volets santé, social et santé publique*
- *Unification et harmonisation locales et régionales préalables*
- *Gestion d'un identifiant unique*
- *DSÉ qui doit tendre vers l'intégration de différents formats de données*
- *Normes et composantes DSÉ et alimentation du DSÉ*
- *Aspects légaux, protection de renseignements personnels et de la vie privée, et gestion du consentement*

Le DSÉ joue le rôle d'intégrateur des applications en fonction d'un dossier propre à chaque client. Il contient les données répliquées à partir des applications opérationnelles afin d'établir le portrait le plus complet du client[40]; ce portrait doit prendre en considération les aspects santé, social et santé publique. Ce regroupement de données favorise la consultation du dossier client selon différentes vues multidimensionnelles, soit notamment longitudinale sur une période de temps, en fonction ou non de types de données, ou selon une catégorie de maladie.

Le DSÉ doit tendre à être polymorphe, c'est-à-dire qu'il doit intégrer des données représentées sur plusieurs formats, soit structurées, vocales, visuelles, etc.; par exemple, il doit intégrer autant des formulaires électroniques et des documents numérisés, que des données structurées. De plus, ces modes de consultation peuvent aussi varier selon les circonstances d'utilisation, l'intervenant et le domaine de pratique (ex. : urgentologue qui doit avoir accès à des informations plus rapidement).

[39] Référence : *Dossier santé électronique (DSÉ) – Analyse de besoins en matière de normes* – Inforoute Santé Canada – 31 mars 2004 – http://www.canadahealthinfoway.ca/pdf/DSÉ-AnalyseNormes.pdf

[40] Référence : *Architecture SDSE –> Un cadre d'interopérabilité pour DSÉ* – Inforoute Santé Canada – version 1.0 – juillet 2003 – http://www.infoway-inforoute.ca/home.php?lang=fr

Les applications opérationnelles, alimentant le DSÉ, sont regroupées selon les quatre grands axes suivants:

Enjeux

- *Modularité des applications et utilisation de services applicatifs communs*
- *Applications intégrant les déterminants de santé et les données de gestion (c.-à-d. éviter l'utilisation de plusieurs systèmes)*

- Les applications qui assurent le soutien lors des prises de contact avec le client, soit notamment pour :
  - le soutien à la chaîne d'intervention préhospitalière, soit notamment pour appuyer le rôle d'aiguilleur du Centre de communication santé, soutenir les processus d'assurance qualité relatifs à l'ensemble des actes médicaux (soins avancés et administration de médicaments);
  - l'appui des fonctions d'accueil, orientation, soutien (informer, conseiller, rassurer), évaluation de l'urgence d'une situation, ainsi que la référence vers les ressources appropriées;
  - l'« inscription », au sens large, du client à un « contexte d'intervention » (ex. : urgence, hospitalisation, clinique médicale, bloc opératoire).

Enjeux

- *Partage d'un identifiant unique et de données socio-démographiques*
- *Utilisation de répertoires des services applicatifs communs*
- *Application de notions d'inscription « élargie » et de « contextes d'intervention »*

- Les applications qui assurent le soutien à la prise en charge, la coordination et la réalisation des interventions cliniques, soit notamment pour :
  - la gestion des « plans d'interventions » tout en ayant la possibilité d'y lier des informations détaillées (ex. : promotion, prévention, traitement (évaluation, planification, prestation), intégration sociale, suivi), ainsi que la consignation des interventions;
  - le soutien aux intervenants à appuyer les efforts de leurs clients pour autogérer leur santé (ex. : outils d'autosurveillance);[41]
  - le soutien à l'évaluation et au dépistage (ex. : évaluation des personnes en perte d'autonomie, évaluation des capacités mentales, évaluation de facteurs de risques, inventaire du développement cognitif, dépistage de dépendances);
  - la liaison avec d'autres prestateurs de soins et services (ex. références bidirectionnelles).

Enjeux

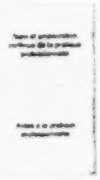
- *Clarification des rôles pour la prise en charge et la coordination*
- *Définition des « plans d'intervention » et clarification des modalités entourant leur utilisation*
- *Normalisation de cheminements clientèles*
- *Source importante de bénéfices en matière de prise en charge à long terme et de coordination des services*

- Les applications qui assurent le soutien diagnostique, soit notamment pour :
  - la gestion des requêtes et résultats diagnostiques;
  - les analyses de laboratoire (ex. : inventaire des produits de laboratoire, gestion des prélèvements, analyseurs, gestion automatisée des analyses et des analyses hors-laboratoire, validation des rapports);
  - l'imagerie diagnostique (ex. : acquisition, lecture des images et analyse, validation des rapports);
  - l'inhalothérapie (ex. : mesure des capacités pulmonaires (oxymétrie));
  - l'électrophysiologie (ex. : électrocardiogramme, pression artérielle, potentiel évoqué);
  - l'ophtalmologie (ex. : examens de la fonction visuelle (champ visuel, acuité, astigmatisme, relief et couleurs));
  - etc.

[41] Référence : *Réseau des soins de santé – Prendre en main santé : l'apport des médecins* – étude exploratoire – Santé Canada – 2003 – http://www.hc-sc.gc.ca/hpob/soinsdesante/pubs/autosoin/sommaire.htm

- Les applications qui assurent le soutien préventif et thérapeutique, soit notamment pour :
  - la pharmacothérapie (ex. : robotisation (compte-pilules, emballage unidose, réalisation des étapes techniques de préparation d'un médicament à partir d'une ordonnance), protocoles pharmaceutiques, gestion des ordonnances, profil pharmacologique, registre vaccinal, surveillance des événements de médication, revue d'utilisation de médicaments (RUM));
  - la gestion des produits sanguins (ex. : transfusions);
  - les opérations chirurgicales;
  - la radiothérapie (ex. : radio-oncologie, médecine nucléaire);
  - l'inhalothérapie (ex. : soins respiratoires);
  - la réadaptation (ex. : apprentissage et entraînement cognitif);
  - la nutrition (ex. : équilibre des repas, calcul de la valeur nutritive des aliments, analyse des contenus (calories, glucides, lipides));
  - la santé dentaire;
  - etc.

Soutien à la pratique professionnelle

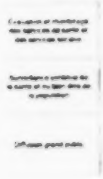


Les applications de soutien à la pratique professionnelle sont regroupées selon les deux grands axes suivants:

- Les applications d'évaluation et de monitorage des prestations de soins et de services rendues (ex. : évaluation des actes médicaux, suivi des incidents/accidents, évaluation de la qualité des soins, évaluation de cas de traumatismes, revue d'utilisation de médicaments (RUM)) de façon à influencer et à faire évoluer les pratiques professionnelles; ces évaluations peuvent considérer différents paramètres ou indicateurs relatifs à la santé publique, aux coûts de certaines interventions (vs l'utilisation de certaines ressources), etc.

- Les applications soutenant la pratique professionnelle et son développement, soit notamment des outils d'analyse de dossiers et d'aide à la décision clinique, de consultation d'informations cliniques ou scientifiques en soutien aux pratiques (ex. : maladies et symptômes, médicaments, essais cliniques), d'auto-évaluation pour favoriser l'auto-apprentissage et l'optimisation des pratiques.

Soutien à la santé et au bien-être de la population



Les applications de soutien à la santé et au bien-être de la population sont regroupées selon les trois grands axes suivants:

- Les applications d'évaluation et de monitorage permettant de caractériser les services et leur évolution, d'apprécier leur performance et d'identifier des situations problématiques quant à leur impact sur la santé, leur équité et leur réactivité (respect des droits et attention portée aux clients).[42]

- Les applications de surveillance continue permettant de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances.

- Les applications de diffusion d'information grand public, dans le cadre de la promotion et de la prévention de la santé et du bien-être. Cette diffusion peut aussi inclure des enquêtes qui peuvent être répondues en ligne par les citoyens.

[42] Référence : *Soutien aux politiques, orientations et programmes – Performance des systèmes de santé* – Institut national de santé publique du Québec – avril 2003 – http://www.inspq.qc.ca/domaines/SoutienPolitiques/PerformanceSystemesSante.asp?D=7&D7=5

Soutien administratif

Les applications administratives sont regroupées selon les six grands axes suivants:

Enjeux

- *Gestion de projets selon les meilleurs standards et pratiques pour assurer le développement coordonné des technologies de l'information*
- *Harmonisation des systèmes administratifs et mise en commun*
- *Maintien à jour continue des inventaires des actifs informationnels et des immobilisations (immeubles et hautes technologies)*
- *Normalisation régionale des numéros de produits*

- Les applications qui soutiennent l'organisation et l'amélioration continue des services, soit notamment pour :
  - le soutien aux processus de vigie et d'assurance qualité (ex. : processus d'accréditation, gestion des plaintes, suivi des indicateurs qualité, analyse de données de monitorage de consommation de services et élaboration de profils);
  - le suivi des ententes de gestion;
  - la reddition de comptes sous toutes ses formes et selon différentes perspectives;
  - l'aide à la décision basée notamment sur l'exploitation, selon différentes perspectives, de données médico-administratives, cliniques et administratives.
- Les applications qui assurent la gestion des ressources humaines, soit notamment pour :
  - le soutien à la planification de la main d'œuvre (ex. : PMO régionale et locale, planification régionale et locale des effectifs médicaux (omnipraticiens et spécialistes), élaboration de programmes de relève);
  - la gestion de la main-d'œuvre (ex. : mobilité, horaires de travail, affectations temporaires, activités de remplacement, programmes d'aide);
  - la gestion de la présence au travail (ex. : assurance salaire, CSST, assignation temporaire);
  - la gestion de la rémunération et des avantages sociaux;
  - la gestion de la formation et le développement de la main d'œuvre (ex. : programmes de formation et de développement des compétences);
  - la gestion et le suivi des relations de travail (ex. : griefs, arbitrages);
  - la santé et la sécurité en milieu de travail (ex. : gestion des produits et matières dangereuses).
- Les applications qui assurent la gestion des ressources financières, soit notamment pour :
  - la planification et le suivi budgétaire;
  - la gestion du grand-livre (comptabilisation et états financiers);
  - la gestion des comptes clients;
  - la gestion des comptes fournisseurs;
  - la gestion de l'encaisse;
  - la production de rapports financiers prescrits par le MSSS et autres.
- Les applications qui assurent la gestion des ressources matérielles, soit notamment pour :
  - la négociation des contrats et ententes d'achats;
  - la gestion des achats en fonction ou non de contrats ou ententes;
  - la gestion des inventaires;
  - la gestion des garanties et des entretiens préventifs.
- Les applications qui assurent la gestion des ressources immobilières, soit notamment pour :
  - le soutien à la gestion des projets immobiliers (ex. : planification et soutien);
  - la gestion et le suivi des normes;
  - la gestion des plans (ex. : inventaire des plans et caractéristiques détaillées des immeubles);
  - l'inventaire du parc immobilier (immeubles et équipements);
  - la gestion immobilière (ex. : efficacité énergétique, entretien ménager, sécurité et plans d'urgence);
  - la gestion des garanties et des entretiens préventifs des équipements.

- Les applications qui assurent la gestion des ressources informationnelles, soit notamment pour :
  - la planification et l'organisation (ex. : gestion de plans d'acquisition et de transition de technologies, gestion de projets et de la qualité, outils de modélisation, dictionnaires de données);
  - l'acquisition, l'implantation et le maintien de technologies de l'information (ex. : certification et accréditation, inventaire et configurations, installation et maintenance d'infrastructures technologiques et d'applications);
  - la gestion des livraisons et du support (ex. : suivi des niveaux de services, sécurité et performance, opérations, problèmes et incidents, formation, assistance (ex. : « *help desk* »));
  - le monitorage (contrôles et audit (ex. : sécurité, performance, respect des exigences de certification et d'accréditation));
  - la gestion documentaire et archivistique (toutes formes de support (ex. : papier, document électronique, banque de données)), ainsi que la gestion des connaissances.

Services applicatifs communs

Le niveau Services applicatifs communs regroupe différents ensembles de composantes fonctionnelles communes pouvant desservir plusieurs solutions applicatives ou, certaines, être utilisées directement par les intervenants du réseau. Ce découpage d'architecture permet de prévoir des économies importantes, et ce, tout en considérant les préoccupations d'efficacité, de sécurité, de cohérence et de complémentarité. De plus, la mise en place et la gestion de ces services sont facilitées parce qu'assurées de manière centralisée.[2]

Enjeux
- *Adaptation des applications aux exigences des services applicatifs communs*
- *Webification et modularités des applications*

Ce niveau se divise selon les groupes de services suivants :

- Services communs d'intranet et de portail s'arrimant à l'offre intégrée et coordonnée de services du gouvernement en ligne[43]. Ces services comprennent notamment : la gestion, l'administration et la syndication de contenus[44]; la gestion des gabarits de saisie et d'affichage, la gestion des bannières et des images, les composants de navigation, le moteur de recherche, les mécanismes de paramétrage de l'interface (personnalisation), etc.

Enjeux
- *Vision régionale et élargie de la portée du portail actuel*
- *Infrastructure de gestion du portail régional (ou site Web régional)*

- Services communs de gestion de la sécurité utilisant notamment des répertoires d'entreprise et de sécurité (identification des utilisateurs, des fournisseurs, des lieux physiques d'accès, des profils et droits d'accès (fonctionnalités, données) et de personnalisation, etc.), ainsi que des protocoles d'accès à ces répertoires (ex. : LDAP (« *Lightweight Directory Access Protocol* »)). Ils regroupent les services d'abonnement (publication et abonnement, alerte et notification), les mécanismes d'authentification, d'autorisation, de signature et de chiffrement ainsi que les mécanismes de journalisation et d'audit.

Enjeux
- *Mise en place du « single logon » et du protocole LDAP*

---

43 Référence : *Portail gouvernemental de services – Présentation pour WebÉducation* – Claude Lavigne – Secrétariat du Conseil du trésor – 18 mars 2004 – http://www.webmaestro.gouv.qc.ca/ress/webeduc/2004mars/1-PORTAIL-GOUV.ppt

44 Définition : *La syndication de contenu signifie que le contenu numérique informationnel provient de sources externes, et est prêt à être intégré dans un site Web qui est commun à différents sites après distribution à travers un réseau d'abonnés. Cette technologie permet l'intégration des contenus et aussi des applications interactives dynamiques partout où ils sont affichés à partir d'un endroit central, ce qui permet le contrôle et les mises à jour en temps réel à partir de la source. L'avantage réside dans le fait que l'entreprise qui produit le contenu garde ainsi le contrôle de son image de marque. – Modèles d'affaires électroniques – Cadre de réflexion stratégique à l'intention des petites et moyennes entreprises canadiennes* – CEFRIO – juin 2003 – http://www.cefrio.qc.ca/rapports/Strategis_Francais.pdf

- Services communs de gestion de répertoires pour la gestion des registres suivants :[3]
  - registre des clients pour l'identification unique et la gestion de données socio-démographiques (ex. : nom, sexe, date de naissance, adresses);
  - registre des prestateurs pour l'identification unique des professionnels des organismes de soins et services (ex. : médecins, infirmières et infirmiers, pharmacien, physiothérapeutes, sages-femmes, travailleurs sociaux) et la gestion de données relatives aux prestateurs (ex. : informations de garde);
  - registre des établissements pour l'identification unique des lieux de prestation de soins et services (ex. : hôpitaux, unités de soins ambulatoires, cabinets de médecin, cliniques sans rendez-vous, laboratoires) et la gestion de données relatives aux établissements (ex. : disponibilités);
  - registre du consentement pour la gestion des autorisations d'accès et de divulgation, et ce, conformément aux exigences de protection des renseignements personnels et de la sécurité.

  Ces services communs permettent aussi de gérer les dépendances entre ces différents registres (ex. : médecin pratiquant dans une clinique sans rendez-vous). De plus, ils incluent aussi les mécanismes permettant de vérifier la validité de certaines informations (ex. : validation du prestateur, autorisation de divulgation).

> ***Enjeux***
> - *Modalités de gestion*
> - *Gestion des doublons*
> - *Règles de gestion du consentement et aspects légaux*

- Services communs de collecticiel visant à favoriser le travail en réseau, soit notamment des outils de courrier électronique (Lotus Notes), gestion des flux de travail (« *workflow* »), gestion électronique de documents (ex. : définition de formulaires électroniques (incluant ou non des logiques d'affaires), numérisation), gestion des connaissances (ex. : banques de protocoles cliniques, techniques de soins, classifications médicales, pouvant être ou non en lien avec des abonnements[45]), reconnaissance vocale et dictée numérique, outils de clavardage, babillard électronique, visioconférence, etc.

> ***Enjeux***
> - *Révision et harmonisation des processus, pratiques, cheminements cliniques, etc. préalables à l'implantation d'un gestionnaire de flux de travail*
> - *Vision régionale et élargie (besoins cliniques autant q'administratifs, Web, abonnements, etc.) de la gestion documentaire actuelle*

- Services communs d'infocentre exploitant des banques et entrepôts de données à l'aide de divers outils[46] permettant notamment l'extraction, le nettoyage, la conversion, la transformation et la dépersonnalisation des données sources; la gestion des référentiels (métadonnées); l'exploitation (ex. : outils OLAP (« *On Line Analytical Processing* »)) et la diffusion. La notion d'entrepôt de données peut être étendue de façon à inclure des données à référence spatiale nécessitant l'utilisation d'outils de cartographie.

  Ces services communs permettent notamment d'exploiter les données médico-administratives, cliniques et administratives à des fins de santé publique, de suivi et d'amélioration continue des pratiques professionnelles, ainsi que d'organisation et d'administration des services de santé et services sociaux. Ils peuvent impliquer notamment des traitements d'extraction, de dépersonnalisation, de transformation, d'agrégation, etc.

> ***Enjeux***
> - *Normalisation des plateformes technologiques et outils d'exploitation utilisés par les infocentres régionaux afin de permettre le partage des données*[46]

---

[45] Référence : *Le réseau de télécommunications sociosanitaire – accès aux abonnements électroniques* – Sogique – ministère de la Santé et des Services sociaux – GTQ – http://www.asted.org/sante/formation/rtss_perios.ppt

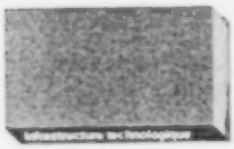
[46] Référence : *Infocentres régionaux - Une évolution rapide pour les infocentres régionaux - Les infocentres entrent dans l'ère des entrepôts de données* – Céline Doré – Le Réseau informatique – vol. 12, no 2 – Printemps 2000 – http://www.sogique.gouv.qc.ca/magazine/archives/vol12no2/p1.htm

- Services communs d'intégration des applications pour assurer l'interopérabilité. Soit en fait l'utilisation d'outils de gestion de messagerie inter-applications, utilisant des protocoles d'échange basés sur des normes de l'industrie, et conformes aux orientations du MSSS et celles promues par Inforoute Santé Canada (ex. : HL7 (« *Health Level Seven* »)), pour la conversion-transformation de protocoles, la gestion des files d'attente, le transport sécuritaire des messages (ex. gestion des accusés-réception).

Enjeux

- *Normalisation (version) des protocoles d'échange inter-applications*
- *Implantation de la norme HL7 version 3*

Infrastructure technologique



Le niveau Infrastructure technologique doit être conçu de façon à supporter efficacement les niveaux supérieurs de l'architecture d'ensemble, et ce, en cohérence avec les orientations technologiques du gouvernement du Québec et celles promues par Inforoute Santé Canada.[2] Il est notamment constitué des composantes suivantes :

- Composantes matérielles (ex. : serveurs, postes de travail, imprimantes, câblages);
- Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) et protocoles réseaux pour la communication au niveau du réseau physique;
- Protocoles applicatifs (ex. : SOAP (« *Simple Object Access Protocol* ») permettant l'interopérabilité des applications à travers le Web);
- Protocoles d'accès à distance (ex. : RMI (« *Remote Method Invocation* ») ou DCOM (« *Distributed COMmunication* »));
- Infrastructure logicielle (ex. : systèmes d'exploitation, logiciels de gestion de base de données);
- Outils de gestion du réseau (ex. : outils pour la mesure de la performance du réseau);
- Possibilités d'accès selon divers modes (ex. : télétravail);
- Possibilités d'interconnexion de diverses plateformes technologiques, réseaux publics et privés.

Enjeux

- *Normalisation et uniformisation des infrastructures technologiques de la région*
- *Mise en commun et partage de composantes d'infrastructures technologiques*
- *Infrastructures technologiques de relève*
- *Synchronisation régionale des livraisons d'infrastructures technologiques*
- *Mise en place d'outils de gestion de réseau pour le suivi et l'amélioration continue de la performance du réseau*
- *Évolution vers un RTSS 2*
- *Certification RTSS et adaptation des applications*
- *Enjeux de l'AITS*[47]

La normalisation et l'uniformisation des infrastructures technologiques de la région, par lesquelles transigent les informations, deviennent de plus en plus des exigences de base pour assurer le partage et la continuité des échanges d'information. Par le fait même, cela implique aussi une gestion synchronisée des nouvelles versions d'infrastructures technologiques.

Le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) relie présentement plus de 1 600 sites et les télécommunications y sont organisées en deux segments virtuels : le premier pour la visioconférence et la télésanté, le deuxième pour les autres applications. Compte tenu de son utilisation grandissante, le RTSS montre certaines limitations qui doivent faire l'objet d'actions à court terme. Ainsi, le RTSS est appelé à évoluer vers un RTSS 2 de façon à être plus adapté à la réalité internet et aux besoins spécifiques des différents acteurs du réseau, soit notamment : l'accès sécuritaire des travailleurs mobiles à l'information, l'interconnexion des ressources privées, le soutien au développement de la télésanté, la gestion intégrée des centres d'appels sur chaque territoire.[2]

Le niveau Infrastructure technologique comprend aussi un ensemble de normes et exigences pour garantir la sécurité et la confiance dans l'utilisation du RTSS, ainsi que d'assurer la performance et l'interopérabilité des systèmes sur le RTSS. Ces normes et exigences doivent être respectées par l'ensemble des fournisseurs qui contribuent à l'informatisation du réseau.

Bien que le MSSS ait mis en place un programme de gestion de la conformité pour certifier les applications déployées sur le RTSS, il n'en demeure pas moins que certains enjeux sont soulevés par l'Association de l'industrie des technologies de la santé (AITS), soit notamment : l'élaboration de normes précises, mesurables et complètes; l'universalité de l'obligation de la certification; la définition d'une grille tarifaire en fonction de la valeur ajoutée de la certification; la reconnaissance des équivalences en matière de certification.[47]

5.3 Critères de mise en commun et de répartition de l'architecture

Une distinction est à faire entre « mise en commun » et « répartition » de l'architecture. Ainsi, la mise en commun est le partage, entre les acteurs du réseau, de mêmes ressources informationnelles afin de contribuer à améliorer, à tous points de vue, l'efficacité et la performance du réseau de la santé et des services sociaux dans un contexte de ressources limitées ou rares.

Par leur nature, les technologies de communication permettent de faire abstraction des sites géographiques, de la structure administrative et voire même des frontières physiques[48], et la répartition de l'architecture permet de déterminer les emplacements où résideront les différentes composantes de ressources informationnelles. La répartition de l'architecture, ou configuration, n'est pas contradictoire avec une mise en commun et peut être complémentaire.

Des critères de mise en commun et de répartition doivent être identifiés globalement, dans le cadre du plan régional des ressources informationnelles, et spécifiquement par chacun des projets de ressources informationnelles.

Critères de mise en commun [49]

Le décloisonnement et la mise en commun des ressources informationnelles permettront d'accentuer la collaboration et la synergie entre les acteurs du réseau, ainsi que de favoriser le développement d'un potentiel de levier pour l'obtention de financements de projets ou de nouveaux financements d'infrastructure. La définition des critères de mise en commun doit notamment considérer les aspects suivants :

- L'optimisation des ressources (ex. : expertises, expériences, compétences, technologies de l'information) et les possibilités d'économies d'échelle, et ce, dans un contexte où :
  - les ressources expertes et expérimentées se font de plus en plus rares;
  - les nouvelles technologies atteignent des coûts astronomiques;
  - les coûts de possession et d'opération (TCO (« *total cost of ownership* »)) doivent être considérés compte tenu de la rareté des ressources financières.
- Le regroupement des acquisitions de technologies pour assurer l'uniformité du réseau (notamment pour la fluidité de l'information).
- La capacité à assurer la pérennité des investissements en suivant l'évolution des technologies de façon à permettre :
  - une gestion souple et simple des systèmes et des infrastructures;
  - la limitation des répercussions des changements technologiques;
  - la croissance des capacités (capacité de traitement, de stockage et de communication (« scalabilité ») en fonction des besoins du réseau.
- La recherche de la stabilité sur les plans de la sécurité, du recouvrement et de la redondance.

---

[47] Référence : *Pour une industrie en santé : Mémoire de l'AITS sur l'informatisation du réseau de la santé* – Le module Technologies de l'information – Association de l'industrie des technologies de la santé (AITS) – novembre 2003 – http://www.aits.ca/fr/PDF/MemoireAITSInformatisationReseauMSSSPro.pdf

[48] Référence : *Guide de développement d'un système* – DMR Macroscope – P+EnDirect – Version 2.2.1 – Groupe DMR Inc.

[49] Le MSSS réalise présentement des travaux en vue de définir des critères de mise en commun.

Critères de répartition de l'architecture

La répartition (ou configuration) de l'architecture doit considérer principalement des préoccupations de faisabilité technique (mécanismes de répartition), performance, sécurité, ainsi que des coûts reliés. Les critères de répartition doivent donc considérer notamment les aspects suivants :

- la cohérence et l'intégrité des données quels que soient les lieux où elles sont conservées;
- les échanges d'information et les contraintes légales, organisationnelles (ex. : processus de travail, responsabilités professionnelles, expertises requises, besoins particuliers d'exploitation), techniques, ainsi que de sécurité et confidentialité;
- les besoins d'optimisation (ex. : échanges d'information, applications, communications);
- les contraintes et exigences de mise en place et d'exploitation des applications (ex. : exigences identifiées par les fournisseurs).

6. Élaboration du plan régional des ressources informationnelles

La présente vision stratégique des ressources informationnelles se veut avant tout une première réflexion de l'Agence pour encadrer les prochains travaux d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles.

Les prochaines sections constituent un aperçu des principaux objectifs et enjeux liés aux travaux d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles, ainsi que des étapes de travail, de l'estimation globale des efforts et des coûts, et du calendrier de réalisation.

6.1 Principaux objectifs

Les principaux objectifs de l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles sont de :

- Développer une dynamique régionale qui favorisera la collaboration des différents acteurs pour la mise en commun et le partage des ressources informationnelles, et ce, dans une perspective de mise en place d'un réseau régional;
- Définir l'architecture cible en fonction des cibles stratégiques à atteindre et de la vision stratégique des ressources informationnelles;
- Identifier les enjeux architecturaux qui constitueront des enjeux d'évolution vers la vision stratégique des ressources informationnelles;
- Identifier, analyser et évaluer les opportunités pouvant contribuer à l'architecture cible et les positionner par rapport à celle-ci;
- Identifier les priorités pour les trois prochaines années et définir une stratégie régionale de mise en œuvre des ressources informationnelles;
- Identifier, définir et évaluer les projets de ressources informationnelles pour les trois prochaines années;
- Planifier et organiser les projets de ressources informationnelles;
- Positionner la région par rapport au plan provincial d'informatisation du réseau.

6.2 Principaux aspects critiques et enjeux

Les principaux aspects critiques et enjeux que doivent considérer les travaux d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles sont :

- Le cadre de gestion, défini au plan provincial d'informatisation, qui précise notamment la contribution des différents partenaires et particulièrement celle des agences de développement, en matière de ressources informationnelles. La clarification de certains aspects reste à prévoir.
- L'approbation, par le MSSS, de la vision stratégique des ressources informationnelles pour la région.
- La gestion du changement par le partage, l'adhésion et l'appropriation, par tous les acteurs de la région, du plan régional des ressources informationnelles et par la suite, lors de la réalisation des différents projets. Cette gestion du changement doit permettre de :
  - sensibiliser les différents acteurs sur l'importance de la contribution des ressources informationnelles pour l'amélioration du système de santé et des services sociaux;
  - favoriser le développement d'une dynamique régionale en matière de ressources informationnelles;
  - obtenir la collaboration des différents acteurs.

  À ce niveau, il est important de considérer que l'identification des réseaux locaux de services se fera à la fin juin 2004, et que la nomination des directeurs généraux est prévue pour la fin octobre 2004.
- L'arrimage des opportunités au plan régional des ressources informationnelles et, au besoin, la gestion de certaines contraintes pouvant découler de ces opportunités.

- Les enjeux légaux liés à certains projets de ressources informationnelles.
- L'introduction de la gestion du changement à travers les projets de ressources informationnelles.
- La planification et le développement d'un cadre de gestion de projets pour assurer la gérance du plan régional des ressources informationnelles et la coordination régionale des différents projets, en concordance avec le plan provincial d'informatisation.

6.3 Principales étapes de travail

Les principales étapes de travail pour l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles sont présentées et définies au tableau suivant.

1. Cadrage et gestion de l'étude	**Étape 1.1 – Cadrage de l'étude** • Définir une stratégie pour le partage, l'adhésion et l'appropriation de la vision stratégique des ressources informationnelles au niveau des acteurs régionaux et du MSSS – la stratégie doit permettre de recueillir un premier « *feed back* » de la part des différents acteurs. • Préciser l'approche utilisée pour la réalisation de l'étude et les modes d'intervention. • Définir une stratégie pour la diffusion, l'approbation et l'adoption du plan régional des ressources informationnelles une fois qu'il sera terminé. • Produire le plan de communication. • Définir et mettre en place l'organisation de l'étude : – identifier les acteurs et participants à l'étude tout en assurant la mise en place d'un Comité aviseur pour la durée de l'étude; – préciser les rôles et responsabilités; – identifier les disponibilités. • Préciser le calendrier des travaux en fonction du budget disponible. • Spécifier les livrables à produire dans le cadre de l'étude. • Identifier les facteurs de risque de l'étude et les moyens pour les gérer. • Identifier les facteurs de succès de l'étude. • Spécifier les modalités de gestion de l'étude. • Obtenir l'ensemble des documents de référence pertinents à l'étude. • Produire, présenter et faire approuver les livrables de cadrage – s'il y a lieu, apporter les ajustements nécessaires. • Préparer et tenir une rencontre de lancement de l'étude.
	Étape 1.2 – Gestion de l'étude • Effectuer le suivi des travaux et gérer toute problématique pouvant survenir lors de l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles. • Effectuer le suivi des points en suspens ou de décision.
2. Partage, adhésion et appropriation de la vision stratégique des ressources informationnelles	• En fonction du plan de communication et de la stratégie prévue pour le partage, l'adhésion et l'appropriation de la vision stratégique, effectuer les rencontres avec les acteurs régionaux et le MSSS. • Recueillir les premiers éléments de « feed back » auprès des différents acteurs et en produire un résumé. • Au besoin, identifier les éléments de la vision stratégique qui devraient faire l'objet d'une révision ou d'ajustements – apporter les ajustements nécessaires.

3. Élaboration du plan régional des ressources informationnelles	**Étape 3.1 – Préciser le contexte régional des ressources informationnelles** • Tracer le portrait régional (RLS, établissements régionaux, liens inter-régionaux) en termes: – d'organisation de services de santé et de services sociaux et de l'apport actuel des technologies de l'information; – d'organisation des ressources informationnelles – structures organisationnelles et financières; et énoncer des éléments de constat et de diagnostic de façon à permettre l'identification des zones d'amélioration en matière de ressources informationnelles. • En fonction des informations recueillies lors des présentations de la vision stratégique des R.I. aux RLS et aux établissements régionaux, approfondir et établir un consensus en termes de besoins, attentes et priorités de façon à alimenter les orientations stratégiques régionales en matière de ressources informationnelles. • Analyser les éléments de contexte externes à la région (ex.: orientations et plan d'informatisation MSSS, projets provinciaux, Inforoute Canada, marché) de façon à permettre l'identification et l'analyse des opportunités.
	Étape 3.2 – Définir l'architecture cible des ressources informationnelles • En considérant la vision stratégique des R.I., les actifs actuels, les besoins de la région, les orientations provinciales, ainsi que les tendances du marché, définir les orientations stratégiques à privilégier en regard des ressources informationnelles, ainsi que l'architecture cible vers laquelle la région doit se diriger afin de mieux répondre à ses besoins. • Couvrir les dimensions suivantes: les processus, les données, les applications, les technologies, la sécurité, les enjeux architecturaux, ainsi que les ressources humaines et financières à consentir pour une gestion adéquate des ressources informationnelles. • Positionner les opportunités par rapport à l'architecture cible et identifier leurs contributions potentielles – identifier les contraintes et enjeux potentiels liés à ces opportunités. • Établir les orientations et critères de mise en commun et de répartition de l'architecture.
	Étape 3.3 – Établir le plan d'action régional • Évaluer les contributions attendues des partenaires et les opportunités. • Identifier et analyser les éléments critiques et contraintes que le plan d'action doit considérer. • Développer une stratégie de mise en œuvre des ressources informationnelles et établir les priorités pour les trois prochaines années. • Identifier, définir et évaluer les projets de ressources informationnelles. • Développer des alternatives et scénarios possibles en regard des actifs actuels, des orientations stratégiques, des contributions attendues, des opportunités, des priorités, ainsi que des capacités financières et organisationnelles. • Valider les scénarios possibles et déterminer un scénario à fort potentiel de réalisation. • Analyser la faisabilité, les coûts et les bénéfices du scénario retenu.
4. Diffusion, approbation et adoption du plan régional des ressources informationnelles	• En fonction du plan de communication et de la stratégie prévue, diffuser le plan régional des ressources informationnelles et réaliser les différentes étapes d'approbation et d'adoption • Au besoin, apporter les ajustements nécessaires au plan régional des ressources informationnelles • Diffuser la version finale approuvée et adoptée

6.4 Estimation globale des efforts et des coûts

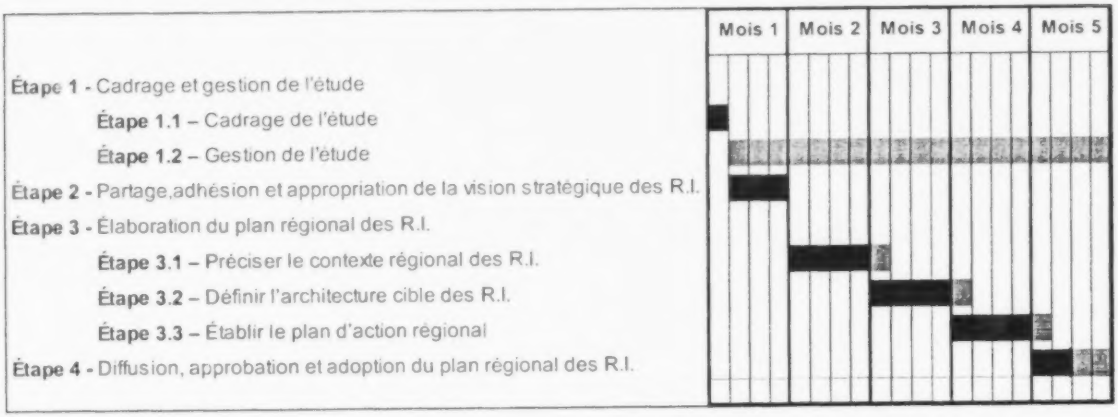
L'estimation globale des efforts et des coûts pour l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles est présentée au tableau suivant; seuls les coûts externes ont été estimés.

	Totaux (jrs-pers.)	Ressources internes du réseau			Ressources externes	
	Efforts	Agence	Région	MSSS	Efforts	$
Étape 1 - Cadrage et gestion de l'étude						
Étape 1.1 - Cadrage de l'étude	10	5	N/A	N/A	5	5 000,00 $
Étape 1.2 - Gestion de l'étude		5	N/A	N/A	10	10 000,00 $
Étape 2 - Partage, adhésion et appropriation de la vision stratégique des R.I.	28	14	*	1	13	13 000,00 $
Étape 3 - Élaboration du plan régional des R.I.						
Étape 3.1 – Préciser le contexte régional des R.I.	121	10	90	1	20	20 000,00 $
Étape 3.2 – Définir l'architecture cible des R.I.	82	6	54	2	20	20 000,00 $
Étape 3.3 – Établir le plan d'action régional	81	6	54	1	20	20 000,00 $
Étape 4 - Diffusion, approbation et adoption du plan régional des R.I.	13	7	*	1	5	5 000,00 $
Contingence	18	3	10	N/A	5	5 000,00 $
Totaux:	**368**	**56**	**208**	**6**	**98**	**98 000,00 $**

* Efforts non estimés

6.5 Calendrier des principaux travaux requis

Le tableau présenté ci-dessous illustre la séquence de réalisation des principales étapes d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles; il ne tient pas compte des contraintes de temps liées notamment aux vacances de la période estivale ou de toute autre contrainte.



6.6 Principales hypothèses de travail et d'estimation globale

Les principales hypothèses de travail et d'estimation globale sont les suivantes :

- Représentation au Comité aviseur à mettre en place pour la durée de l'étude :
  - 3 représentants (clinique, administratif.informatique) de chacune des instances locales de services (7);
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) du Centre jeunesse;
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) pur les 3 Centres de réadaptation;
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) de l'Agence (pour les besoins de l'Agence).

6.4 Estimation globale des efforts et des coûts

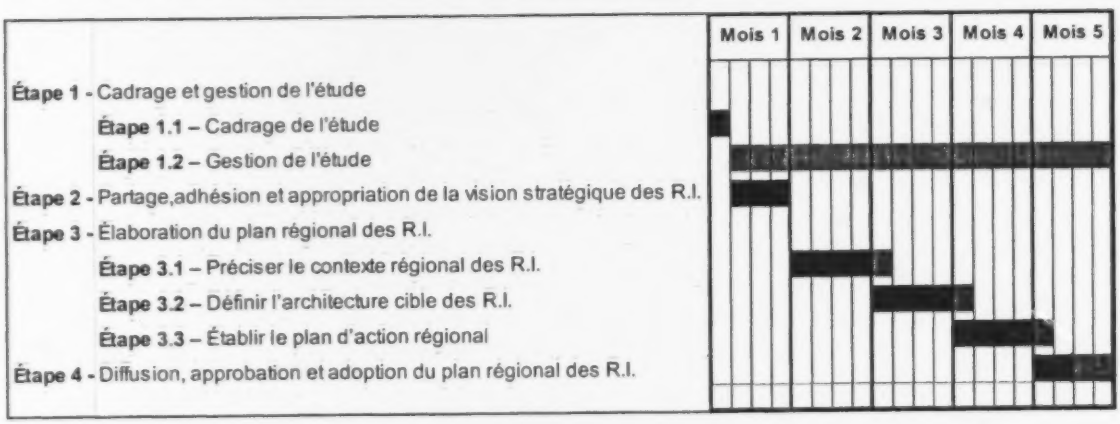
L'estimation globale des efforts et des coûts pour l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles est présentée au tableau suivant; seuls les coûts externes ont été estimés.

	Totaux (jrs-pers.)	Ressources internes du réseau			Ressources externes	
	Efforts	Agence	Région	MSSS	Efforts	$
Étape 1 - Cadrage et gestion de l'étude						
Étape 1.1 - Cadrage de l'étude	10	5	N/A	N/A	5	5 000,00 $
Étape 1.2 - Gestion de l'étude		5	N/A	N/A	10	10 000,00 $
Étape 2 - Partage, adhésion et appropriation de la vision stratégique des R.I.	28	14	*	1	13	13 000,00 $
Étape 3 - Élaboration du plan régional des R.I.						
Étape 3.1 – Préciser le contexte régional des R.I.	121	10	90	1	20	20 000,00 $
Étape 3.2 – Définir l'architecture cible des R.I.	82	6	54	2	20	20 000,00 $
Étape 3.3 – Établir le plan d'action régional	81	6	54	1	20	20 000,00 $
Étape 4 - Diffusion, approbation et adoption du plan régional des R.I.	13	7	*	1	5	5 000,00 $
Contingence	18	3	10	N/A	5	5 000,00 $
Totaux:	**368**	**56**	**208**	**6**	**98**	**98 000,00 $**

* Efforts non estimés

6.5 Calendrier des principaux travaux requis

Le tableau présenté ci-dessous illustre la séquence de réalisation des principales étapes d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles; il ne tient pas compte des contraintes de temps liées notamment aux vacances de la période estivale ou de toute autre contrainte.



6.6 Principales hypothèses de travail et d'estimation globale

Les principales hypothèses de travail et d'estimation globale sont les suivantes :

- Représentation au Comité aviseur à mettre en place pour la durée de l'étude :
  - 3 représentants (clinique, administratif.informatique) de chacune des instances locales de services (7)`;
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) du Centre jeunesse;
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) pur les 3 Centres de réadaptation;
  - 3 représentants (clinique, administratif informatique) de l'Agence (pour les besoins de l'Agence).

- Des stratégies devront être définies lors de l'étape de cadrage de l'étude (voir étape 1.1) afin de déterminer quels seront les comités (ex. : CGR, CMR, CIR, CRM) qui, en plus du Comité de direction et du Conseil d'administration, seront approchés lors des étapes 2 et 4.
- Pour l'étape 2, prévoir minimalement sept rencontres, d'une journée chacune, avec :
  - le MSSS;
  - chacune des instances locales de services;
  - le Centre jeunesse, les Centres de réadaptation (3) et l'Agence réunis.

  Capitaliser sur ces rencontres pour obtenir un premier « *feed back* » du MSSS et des acteurs de la région, par rapport à la vision stratégique des ressources informationnelles.
- Pour l'étape 3, prévoir, avec le Comité aviseur :
  - environ 5 jours de rencontres, pour l'étape 3.1;
  - environ 3 jours de rencontres, pour l'étape 3.2;
  - environ 3 jours de rencontres, pour l'étape 3.3.

  Au besoin, certains efforts prévus pour ces rencontres pourront être remplacés par des rencontres individuelles ou en groupes réduits.
- Pour l'étape 4, prévoir minimalement une rencontre de 0,5 jour avec chacune des instances locales, et une rencontre de 0,5 jour avec le Centre jeunesse, les Centres de réadaptation (3) et l'Agence réunis.
- Les efforts des intervenants du réseau régional ne sont pas estimés pour les étapes 2 et 4, car ces efforts sont dépendants des stratégies qui seront définies et retenues lors de l'étape de cadrage de l'étude (voir étape 1.1).
- Gestion de l'étude : 15%.
- Contingence : 5%.

Annexe A – Vue d'ensemble des applications utilisées dans la région

Annexe A – Vue d'ensemble des applications utilisées dans la région

Les tableaux des pages suivantes présentent une vue plus détaillée des applications utilisées dans la région, mais ne constitue pas un inventaire exhaustif. Les applications y sont présentées en fonction de la nouvelle structure de programmes de services.[18]

Signification des abréviations

- 123 go! PMO – Planification de la main-d'œuvre
- APR-DRG – Diagnostics regroupés pour la gestion applicables à tous les patients, précisés et revus
- CFP – Système Contribution financière au placement
- DEPHY – Déficience physique
- DSIE – Demande de services interétablissements
- FILAW – Formulaire informatisé de la liste d'attente Web (chirurgie – liste d'attente)
- GBM – Équipements biomédicaux Montérégie (inventaire)
- GESRISK – Gestion des risques
- GESTLAB – Logiciel de saisie et de compilation des données de production des laboratoires médicaux
- GESTRED – Gestion de la reddition de comptes (fusionne FILAW, SIGLE et OASIS)
- I-CLSC – Intégration CLSC
- LAC – Logiciel d'achat en commun
- LPRG – Logiciel des rapports de gestion
- MED-ÉCHO local – Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle HOspitalière
- OASIS – Outil d'Alimentation de Systèmes d'Information Sociosanitaire (rapport statistique CJ, relevé santé mentale)
- PACS – Picture Archiving and Communication System
- PIJ – Projet intégration jeunesse
- RÉASSUME – Réadaptation système statistique et unité de mesure
- RÉSIR – Répertoire des équipements et des systèmes d'information du réseau (RESIR)
- RSIPA – Réseau de services intégrés personnes âgées (remplacera éventuellement SICRA)
- RTQ – Registre des traumatismes du Québec
- SCJ – Système clientèle jeunesse
- SICAT – Système d'information clientèle en alcoolisme et toxicomanie
- SICDI – Système d'information clientèle en déficience intellectuelle
- SICDP – Système clientèle en déficience physique
- SICHELD – Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
- SICRA – Système d'information sur la coordination régionale des admissions
- SIG – Système d'information de gestion en santé au travail
- SIGARSSS – Système d'Information de Gestion des Actifs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux
- SIGDU – Système d'information et de gestion des départements d'urgence
- SIGLE – (production en chirurgie, soutien à domicile, enfants dysphasiques, troubles envahissants du développement)
- SIGOC – Système d'information pour la gestion des organismes communautaires
- SIGPAQS – Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services
- SIIATH – Banque de sang
- SI-PQDCS – Système d'information pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- SIR – Système d'information de radiologie
- SIRH – Système d'information en ressources humaines
- SIRTF – Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
- SISAT – Système d'information en santé au travail (remplacera éventuellement SIG et SMEST)
- SISPUQ – Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
- SIV – Système d'information vaccinale (présentement en phase d'analyse préliminaire)
- SMEST – Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs
- SSP – Système de support à la pratique

Configuration de programmes		Réseaux locaux de services	Groupes de médecine familiale	Centres de réadaptation	Centres jeunesse	ADRLSSSS des Laurentides
Programmes-services	Programmes destinés à la population	Santé publique	- Intégration CLSC (Vaccination) (Sogique) - Info-santé CLSC (Sogique) - SI-PQDCS (Sogique) - SIV (Sogique - analyse préliminaire) - SMEST et SIG ((Sogique - éventuellement SISAT)				- Registre des maladies à déclaration obligatoire du Québec (MADO) (INSPQ) - Répertoire des ressources (Sogique) - SISAT (Sogique) - SI-PQDCS (Sogique) - SIV (Sogique - analyse préliminaire) - Vigie
		Services généraux - activités cliniques et d'aide	- Clientèles vulnérables des Laurentides (Agence Laurentides - à déployer - Info-Santé) - Dossier patient électronique (ChartMaxx) - DSIE (Sogique) - Imagerie médicale (PACs (Fuji/Christie) et SIR (Artefac-IBM)) - Info-santé CLSC (Sogique) - Intégration CLSC (Sogique) - Laboratoires (MédiSolution, NexLink, Omnitech) - Nutrition - RÉASSUME (Sogique) - SIGDU (Sogique) - SIIATH (MédiSolution) - SIMPOC - SMEST et SIG ((Sogique - éventuellement SISAT) - Téléradiologie (CIFRA)	- Clientèles vulnérables des Laurentides (Agence Laurentides - à déployer) - GMF-Applications / Module de garde (Sogique - à déployer) - Prescripteur et aviseur pharmacothérapeutique (Purkinje - à déployer) - Résultats de laboratoire (Omnitech - GMF De La Rouge)	- DSIE (Sogique)	- DSIE (Sogique)	
	Programmes répondant à des problématiques particulières	Perte d'autonomie liée au vieillissement	- Sichéld (Sogique) - SICRA (ADRLSSSS Laurentides - éventuellement RSIPA) - Intégration CLSC (Sogique)				
		Déficience physique	- Intégration CLSC (Sogique)		- DEPHY (Le Bouclier) (éventuellement SICDP)		
		Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	- Intégration CLSC (Sogique)		- SICDI (Sogique)		
		Jeunes en difficulté	- Intégration CLSC (Sogique)			- PU (SCJ) (Sogique) - PU (SSP) (Sogique)	
		Dépendances	- Intégration CLSC (Sogique)		- SICAT (Sogique)		
		Santé mentale	- Intégration CLSC (Sogique)				
		Santé physique	- Intégration CLSC (Sogique)				

Configuration de programmes		Réseaux locaux de services	Groupes de médecine familiale	Centres de réadaptation	Centres jeunesse	ADRLSSSS des Laurentides
Programmes-soutien	Administration et soutien aux services	- 123 go! PMO (ADRLSSSS Laurentides) - ADT - APR-DRG - Bloc opératoire - FILAW (MSSS) - GestLab (Sogique) - GESRISK (Optimum) - GESTRED (MSSS) - GMF-Applications / Module de garde (Sogique - à déployer - Info-Santé) - Intégration CLSC (Sogique) - LPRG (Sogique) - Med-Echo local - OASIS (MSSS) - Rendez-vous - Répertoire des ressources (Sogique) - RESIR (MSSS) - RTQ (Sogique) - SIGLE (MSSS) - SIGPAQS (Sogique) - SIRH (ADRLSSSS Montérégie) - SIRTF (Sogique) - Systèmes administratifs (RF, RH, RM)	- Inscription RAMQ (RAMQ)	- 123 go! PMO (ADRLSSSS Laurentides) - FILAW (MSSS) - GESTRED (MSSS) - LPRG (Sogique) - OASIS (MSSS) - SIGLE (MSSS) - SIGPAQS (Sogique) - SIRH (ADRLSSSS Montérégie) - SIRTF (Sogique) - Systèmes administratifs (RF, RH, RM)	- 123 go! PMO (ADRLSSSS Laurentides) - FILAW (MSSS) - GESTRED (MSSS) - LPRG (Sogique) - OASIS (MSSS) - PIJ (CFP) (Sogique) - PIJ (SIRTF) (Sogique) - SIGLE (MSSS) - SIGPAQS (Sogique) - SIRH (ADRLSSSS Montérégie) - Systèmes administratifs (RF, RH, RM)	- 123 go! PMO (ADRLSSSS Laurentides) - CompLab (Sogique) - FILAW (MSSS) - GESTRED (MSSS) - LPRG (Sogique) - OASIS (MSSS) - SBFR (MSSS) - SIGOC (Sogique) - SIGLE (MSSS) - SIGPAQS (Sogique) - SIRH (ADRLSSSS Montérégie) - SISPUQ (ADRLSSSS Laurentides) - Systèmes administratifs (RF, RH, RM)
	Gestion des bâtiments et des équipements					- GBM - SIGARSSS (CHQ)

Configuration de programmes		Corporation d'approvisionnements Laurentides-Lanaudière
Programmes-soutien	Administration et soutien aux services	- LAC
	Gestion des bâtiments et des équipements	

Annexe B – Sommaire des données financières 1998 – 2003

Annexe B – Sommaire des données financières 1998 – 2003

		Dépenses informatiques (poste 7340)							Passage an 2000 (poste 7993)		Total		
		Total				Coûts dir. Nets ajust.	%	% CDNA /CDNAT	Coûts dir. Nets ajust.	% CDNA 7993 /CDNAT	CDNA (7340 7993) + acquisitions	%	% CDNAT
		Heures	%	Montants	%								
CH	~~98-99~~	14216		379 812 $		1 751 488 $		0,96%	457 726 $	0,25%	2 314 088 $		1,27%
	99-00	17685		467 465 $		1 970 717 $		0,92%	791 960 $	0,37%	2 832 075 $		1,32%
	00-01	21472		618 625 $		2 542 373 $		1,08%	2 197 $	0,00%	2 615 424 $		1,11%
	01-02	24927	▼	802 217 $	▼	2 273 334 $	▼	0,90%			2 539 117 $	▼	1,00%
	02-03	31558	122%	1 006 700 $	165%	2 678 983 $	53%	1,04%			4 072 080 $	76%	1,58%
CHSLD	~~98-99~~					449 008 $		0,81%	115 472 $	0,21%	712 731 $		1,29%
	99-00	135		5 214 $		401 559 $		0,78%	323 759 $	0,63%	845 376 $		1,64%
	00-01	789		20 650 $		402 081 $		0,75%	454 $	0,00%	402 535 $		0,75%
	01-02	368	▼	11 228 $	▼	208 274 $	▼	0,35%			541 012 $	▼	0,92%
	02-03	211	56%	9 704 $	86%	230 180 $	-49%	0,37%			448 584 $	-37%	0,72%
CLSC	~~98-99~~	759		15 640 $		197 523 $		0,51%	1 290 $	0,00%	414 829 $		1,08%
	99-00	6685		134 213 $		376 256 $		1,14%	82 217 $	0,25%	695 229 $		2,11%
	00-01	3059		67 221 $		304 329 $		0,84%			592 202 $		1,64%
	01-02	304	▼	11 230 $	▼	258 303 $	▼	0,59%			475 881 $	▼	1,09%
	02-03	470	-38%	21 408 $	37%	294 227 $	49%	0,64%			554 472 $	34%	1,21%
CLSC-CHSLD	~~98-99~~												
	99-00			112 893 $		112 893 $		0,75%	39 517 $	0,26%	152 410 $		1,02%
	00-01			123 579 $		123 579 $		0,71%			123 579 $		0,71%
	01-02			123 056 $	▼	123 056 $	▼	0,61%			123 056 $	▼	0,61%
	02-03			159 575 $	41%	159 575 $	41%	0,75%			159 575 $	5%	0,75%
CPEJ	~~98-99~~	5130		133 617 $		345 942 $		1,31%			385 680 $		1,46%
	99-00	5103		143 880 $		306 068 $		0,85%			381 901 $		1,06%
	00-01	5176		155 691 $		270 182 $		0,71%			426 548 $		1,11%
	01-02	3339	▼	106 104 $	▼	263 134 $	▼	0,65%			394 600 $	▼	0,97%
	02-03	6565	28%	224 457 $	68%	302 259 $	-13%	0,71%			1 222 197 $	217%	2,87%
CR	~~98-99~~					21 829 $		0,09%			188 870 $		0,75%
	99-00					1 662 $		0,01%			104 106 $		0,69%
	00-01	1383		33 564 $		123 098 $		0,70%			273 475 $		1,56%
	01-02	1649	▼	35 707 $	▼	173 818 $	▼	0,86%			255 613 $	▼	1,26%
	02-03	1909	38%	39 123 $	17%	149 259 $	584%	0,66%			201 410 $	7%	0,89%
Total	~~98-99~~	20105		529 069 $		2 765 790 $		0,84%	574 488 $	0,18%	4 016 198 $		1,23%
	99-00	29608		863 665 $		3 169 155 $		0,87%	1 237 453 $	0,34%	5 011 097 $		1,37%
	00-01	31879		1 019 330 $		3 765 642 $		0,94%	2 651 $	0,00%	4 433 763 $		1,11%
	01-02	30587	▼	1 089 542 $	▼	3 299 919 $	▼	0,76%			4 329 279 $	▼	0,99%
	02-03	40713	103%	1 460 967 $	176%	3 814 483 $	38%	0,84%			6 658 318 $	66%	1,47%

Annexe C – Organisation de l'étude et remerciements

Annexe C – Organisation de l'étude et remerciements

Présentation de la démarche

La démarche de réalisation de l'étude a été présentée, le 17 mars 2004, à madame Micheline Vallières Joly, présidente-directrice générale et à madame France Trépanier, directrice des services administratifs et préhospitaliers, en présence de monsieur Yves Viau, coordonnateur des technologies de l'information et des communications, ainsi que responsable de l'étude.

Une présentation des cibles stratégiques et de l'architecture d'ensemble a aussi été faite auprès du Comité de direction le 4 mai 2004.

Comité de travail

Pour réaliser et orienter les travaux de la présente étude, un Comité de travail a été mis en place au niveau de l'Agence et était composé des personnes suivantes :

- Monsieur Luc Bergeron, coordonnateur – Ressources humaines réseau
- Monsieur Daniel Filion, adjoint – Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre
- Madame Suzie Gagnon, adjointe administrative et reddition de comptes – Direction de santé publique
- Monsieur Yvon Jasmin, agent de planification et programmation – chargé de projet pour GMF
- Monsieur Guy Laverdure, responsable de la télésanté et de la modernisation clinique – Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
- Monsieur André Roy, conseiller aux établissements – Technologies de l'information et communication
- Monsieur René Synnett, coordonnateur – Services administratifs
- Monsieur Yves Viau, coordonnateur – Technologies de l'information et des communications

Le Comité de travail s'est réuni quatre fois, soit :

- Atelier # 1 (19 mars 2004) – Validation du contexte, détermination des cibles stratégiques et des clientèles cibles
- Ateliers # 2 et #3 (2 avril 2004) – Finalisation des cibles stratégiques et de l'identification des clientèles cibles, ainsi que la cueillette d'informations concernant les contributions potentielles des R.I. dans l'atteinte des cibles stratégiques
- Atelier # 4 (14 avril 2004) – Validation de l'architecture globale cible et discussions en vue de l'identification de critères de distribution de l'architecture
- Atelier # 5 (23 avril 2004) – Plan de travail pour l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles

Rencontres ponctuelles et individuelles avec des intervenants de l'Agence

Pour recueillir des informations et compléter certaines réflexions, des rencontres ponctuelles et individuelles ont aussi été réalisées avec certains intervenants de l'Agence, soit :

- Dr André Allard, coordonnateur de la protection de santé publique – Coordination de la protection – Direction de santé publique
- Monsieur Luc Bergeron, coordonnateur – Ressources humaines réseau
- Madame Nathalie Chartier, directrice générale – Corporation d'approvisionnement Laurentides-Lanaudière
- Monsieur Jean Désy, commissaire régional à la qualité des services et conseiller à la direction générale adjointe – Service des relations avec la population et des communications
- Monsieur Yves Paul Dugal, coordonnateur – Ressources immobilières
- Madame Suzie Gagnon, adjointe administrative et reddition de comptes – Direction de santé publique

- Madame Ginette Gingras, cadre conseil – Direction régionale d'organisation des services et de la main-d'œuvre
- Monsieur Yvon Jasmin, agent de planification et programmation – chargé de projet pour GMF
- Monsieur André Roy, conseiller aux établissements – Technologies de l'information et communication

Remerciements

Nous tenons à remercier chacune des personnes mentionnées précédemment, pour leur collaboration à la présente étude de « *Vision stratégique des ressources informationnelles* » de la région des Laurentides.